

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

AUTOGESTÃO NA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

SELF-MANAGEMENT ON THE PERSON WITH CHRONIC  
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Celeste Bastos Martins de  
Almeida e coorientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Lígia Maria Monteiro Lima

Sílvia Daniela Ribeiro Vieira

Porto | 2018



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais pelo carinho e pela dedicação de sempre e para sempre - a vós devo tudo;

Aos meus amigos por todo o carinho e paciência nas presenças e ausências, em especial a ti Inês pelo incentivo fornecido;

À Professora Doutora Celeste Bastos e à Professora Doutora Lígia Lima, pela mestria demonstrada, pela disponibilidade, pelo incentivo e pelas sugestões sempre pertinentes ao longo da construção de todo o trabalho;

Ao Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. que me concedeu a permissão para efetuar a recolha de dados e, a todas as pessoas com DPOC que aceitaram participar no estudo, possibilitando de igual modo a sua concretização.

A todos que contribuíram para este trabalho de investigação, para o meu sucesso e para o meu crescimento como pessoa e como Enfermeira,

O meu mais sincero obrigada!



## ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Percentagem

BIPAP - *Bilevel Positive Airway Pressure* (Pressão Positiva Binível nas Vias Aéreas)

CDSMP - *Chronic Disease Self-Management Program* (Programa de Autogestão na Doença Crónica)

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure* (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas)

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Desvio Padrão

DPI - *Dry Powder Inhaler* (Inalador de Pó Seco)

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EA - Subescala da Ansiedade

EADH - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

EAM - Escala de Adesão aos Medicamentos

ECP - Escala de Competência Percebida

ED - Subescala da Depressão

EPP - *Expert Patient Programme* (Programa do Paciente Experiente)

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESS - Escala de Suporte Social

FEV1 - *Forced Expiratory Volume of the First Second* (Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo)

FVC - *Forced Vital Capacity* (Capacidade Vital Forçada)

GINA - *Global Initiative for Asthma* (Iniciativa Global para a Asma)

GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)

GRESP - Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar)

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

ICN - *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermagem)

ICS - *Inhaled Corticosteroids* (Corticosteróides Inalatórios)

INE - Instituto Nacional de Estatística

LABA - *Long-Acting Agonist B2* (Agonistas-B2 de Longa Duração)

LAMA - *Long-Acting Anticholinergics* (Anticolinérgicos de Longa Duração)

M - Média

Max - Máximo

MDI - *Metered-dose Inhaler* (Inalador Pressurizado)

Min - Mínimo

N - Frequência absoluta

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ONDR - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

P - Probabilidade de Significância

PCS - *Perceived Competence Scale* (Escala da Competência Percebida)

OMS - Organização Mundial de Saúde

R - Coeficiente de Correlação de Pearson

RAM - *Reported Adherence to Medication Scale* (Escala de Adesão à Medicação)

SABA - *Short-Acting B2-Agonists* (Agonista-B2 de Curta Duração)

SAMA - *Short-Acting Anticholinergics* (Anticolinérgicos de Curta Duração)

SC - Suporte Controlo

SF - Suporte Financeiro

SFSA - Suporte Familiar e Sócio-Afectivo

SMI - *Soft Mist Inhaler* (Inalador de Névoa Suave)

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences* (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais)

TAD - Teoria da Autodeterminação

UNIESEP - Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

WHO - *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde)





## RESUMO

A DPOC é uma doença crónica, progressiva e incapacitante, caracterizada pela presença de sintomas respiratórios persistentes e pela diminuição gradual da energia, com implicações no domínio do autocuidado. A pessoa com DPOC está sujeita a um regime terapêutico complexo, que inclui múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas em simultâneo. Neste cenário a pessoa é confrontada com a necessidade de desenvolver competências para gerir o seu regime terapêutico e adaptar-se às limitações da sua nova condição de saúde.

O presente estudo visa melhorar o conhecimento sobre o processo de autogestão da pessoa com DPOC. É um estudo transversal, descritivo e correlacional. Participaram 45 pessoas com diagnóstico de DPOC, internadas em serviços de medicina interna de um hospital da zona norte de Portugal continental. Como instrumentos de avaliação foram utilizados a Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM), um Questionário de medidas farmacológicas e não farmacológicas, a Escala de Competência Percebida (ECP), a Escala de Suporte Social (ESS), e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH).

Os resultados sugerem que as pessoas com DPOC sentem-se competentes para seguirem o tratamento da DPOC, em geral, e especificamente a aplicação dos inaladores. Os dados traduzem um nível elevado de adesão aos medicamentos. No entanto, os resultados revelam baixa adesão à prática de exercício físico, aos exercícios respiratórios, à técnica de relaxamento e às estratégias de controlo da dispneia. Apesar dos níveis elevados de competência percebida, os dados revelam ainda que um número elevado de participantes apresenta défice de conhecimento relativamente aos inaladores, e a esmagadora maioria apresenta falhas em mais de um dos passos da técnica inalatória. Em relação ao suporte social, os participantes do estudo percecionam um suporte globalmente positivo. Outro dado que emerge do estudo é a existência de um número significativo de participantes com sintomas clínicos de ansiedade e de depressão.

Os resultados deste estudo podem contribuir para orientar a prática clínica dos enfermeiros junto das pessoas com DPOC, ao nível das intervenções promotoras da autogestão, destacando-se a importância da aquisição de competências de gestão do regime terapêutico, e de atender aos aspetos de ordem emocional.

**Palavras-chave:** DPOC; autogestão; adesão; competência percebida; suporte social; ansiedade; depressão.



## ABSTRACT

COPD is a chronic, progressive and incapacitating disease, characterized by the presence of persistent respiratory symptoms and a gradual decrease in energy, with implications for self-care. The person with COPD is subject to a complex therapeutic regimen, which includes multiple pharmacological and non-pharmacological strategies simultaneously. In this scenario, people are confronted with a need to develop competences to manage their therapeutic regimen and adapt to the limitations of their illness.

The present study aims to improve the knowledge about the self-management process of the person with COPD. It is a cross-sectional, descriptive and correlational study. Participants were 45 people diagnosed with COPD, admitted to medical service at a hospital in the northern part of Portugal. The measures used were Reported Adherence to Medication Scale (RAM), a questionnaire about pharmacological and non-pharmacological forms of treatment, the Perceived Competence Scale (PCS), the Social Support Scale (SSS), and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

The results suggest that, in general, people with COPD feel competent to follow the treatment prescribed, and specifically the application of the inhalers. The results show a high level of adherence to medication. However, it was also found a low adherence to the practice of physical exercise, respiratory exercises, relaxation technique and dyspnea control strategies. Despite the high levels of perceived competence, the results also show that a large number of participants present a lack of knowledge regarding inhalers, and the overwhelming majority present deficiencies in more than one step of the inhalation technique. Regarding social support, globally, the participants perceive positive support. Another finding that emerges from the study is the existence of a significant number of participants with clinical symptoms of anxiety and depression.

The results of this study can contribute to guide the nurses clinical practice regarding people with COPD, in developing interventions for promoting self-management, focusing in competences to manage the treatment regimen and in the emotional adjustment of patients.

**Keywords:** COPD; self-management; adherence; perceived competence; social support; anxiety; depression.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1.1. A DPOC: um desafio para os cuidados de saúde.....	21
1.1.1. A pessoa com DPOC e o compromisso no domínio do autocuidado.....	24
1.2. A autogestão: o papel central da pessoa no tratamento da DPOC.....	26
1.2.1. A complexidade do regime terapêutico na DPOC.....	29
1.2.1.1. A adesão terapêutica.....	30
1.2.1.2. Adesão aos medicamentos.....	32
1.2.1.3. Uso de inaladores.....	34
1.2.1.4. Estilos de vida e abordagem não farmacológica.....	37
1.2.2. A competência percebida.....	38
1.2.3. O suporte social .....	40
1.2.4. A ansiedade e a depressão .....	42
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	45
2.1. Justificação do estudo.....	45
2.2. Objetivos.....	47
2.3. Variáveis.....	47
2.4. Tipo de estudo.....	49
2.5. População e amostra.....	49
2.6. Instrumento de recolha de dados.....	51
2.6.1. Questionário sociodemográfico e de saúde .....	52
2.6.2. Escala de Suporte Social .....	52
2.6.3. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar .....	53
2.6.4. Escala da Competência Percebida.....	53
2.6.5. Escala de Adesão aos Medicamentos.....	54

2.6.6. Questionário de medidas farmacológicas e não farmacológicas.....	55
2.6.7. Questionário sobre uso de inaladores.....	55
2.7. Processo de recolha de dados.....	56
2.8. Aspetos éticos.....	56
2.9. Análise Estatística dos Dados.....	58
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	59
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	69
CONCLUSÃO .....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS .....	101
ANEXO 1 - Questionário de recolha de dados	
ANEXO 2 - Autorização do Conselho Técnico-científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto para a realização do estudo	
ANEXO 3 - Autorização do Conselho de Administração e Comissão Ética de Saúde de uma instituição hospitalar do distrito do Porto para a realização do estudo	
ANEXO 4 - Consentimento livre e esclarecido para a participação no estudo	

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas.....	50
QUADRO 2: Medidas descritivas relativas à adesão aos medicamentos.....	59
QUADRO 3: Medidas descritivas das medidas farmacológicas.....	60
QUADRO 4: Medidas descritivas das medidas não farmacológicas.....	60
QUADRO 5: Medidas descritivas do uso de inaladores.....	61
QUADRO 6: Medidas descritivas da técnica de aplicação dos inaladores.....	62
QUADRO 7: Medidas descritivas relativas à competência percebida.....	63
QUADRO 8: Medidas descritivas relativas ao suporte social.....	64
QUADRO 9: Medidas descritivas relativas à ansiedade e depressão.....	64
QUADRO 10: Distribuição das pontuações da EADH de acordo com os pontos de corte...	65
QUADRO 11: Correlação de <i>Pearson</i> ( $r$ ) entre a adesão aos medicamentos, a competência percebida, o suporte social, a ansiedade e a depressão, na pessoa com DPOC.....	65





## INTRODUÇÃO

Ao galopante envelhecimento da população portuguesa associa-se o aumento da prevalência das doenças crónicas e incapacitantes como é exemplo a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) (2017) a DPOC é uma doença comum, prevenível e tratável, caracterizada pela presença de sintomas respiratórios persistentes (dispneia, tosse crónica e/ou hipersecreção brônquica) e pela limitação progressiva do fluxo aéreo devido a alterações inflamatórias nas vias respiratórias e nos alvéolos pulmonares causadas, usualmente, por exposições significativas a partículas e a gases nocivos.

A DPOC representa um importante desafio público em saúde por ser uma das maiores causas de mortalidade e de morbilidade no mundo. Atualmente é a quarta causa de morte mundial, estimando-se que em 2020 seja a terceira. Mais de 3 milhões de pessoas morreram com DPOC em 2012, o correspondente a 6% do número total de mortes (GOLD, 2017).

A DPOC é uma doença complexa e progressiva caracterizada pela diminuição gradual da energia, o que interfere negativamente na capacidade da pessoa para realizar as suas atividades de vida diárias e atividades de vida instrumentais (Padilha, 2013), interfere no processo de socialização fora e dentro de casa (Padilha, 2013; Gabriel et al., 2014), interfere na qualidade de vida (Gudmundsson et al., 2006; Padilha, 2013), no bem-estar, na identidade da pessoa e aumenta os custos financeiros com a saúde (Gabriel et al., 2014), entre outros.

A pessoa com DPOC está sujeita a um regime terapêutico complexo que inclui múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas em simultâneo, de forma a travar a progressão da doença e a controlar os sintomas que lhe estão associados. Importa, por isto, que a pessoa integre, com fluência e mestria, no seu quotidiano, um conjunto de competências que lhe permitam gerir eficazmente o seu regime terapêutico. Quando esta gestão se demonstra ineficaz ocorrem frequentes exacerbações dos sintomas respiratórios responsáveis pela necessidade de visitas regulares aos serviços de urgência e de internamentos hospitalares.

Urge, portanto, a necessidade de controlar a progressão da doença e de minimizar as suas consequências, para melhorar as respostas da pessoa aos processos de vida, de saúde e de doença, possível através do desenvolvimento de estratégias de intervenção focadas na autogestão da doença (Centers for Disease Control and Prevention, 2009 cit.

por Gale e Skouteris, 2013). A autogestão de uma condição crónica remete para a capacidade individual de gestão de sintomas, gestão do tratamento, gestão das repercussões físicas, psicossociais e emocionais da doença, bem como, a capacidade para efetuar mudanças no estilo de vida associadas à doença crónica (Barlow e Ellard, 2004).

Portanto, o âmago para a autonomização da pessoa na gestão da sua doença passa pela consciencialização do seu estado de saúde, das suas limitações e pelo desenvolvimento de competências para gerir o impacto causado pela doença crónica no seu dia-dia, assumindo a responsabilidade pelos cuidados de saúde necessários, bem como, a integração destes no seu contexto de vida.

Deste modo, a promoção da gestão da doença é uma área sensível ao *core* da disciplina e da profissão de Enfermagem. A estratégia de relação e de educação deve deslocar-se de um modelo centrado unicamente nos saberes profissionais, para um modelo colaborativo, focado nas necessidades e nas decisões tomadas pela pessoa (Pereira, 2007; Padilha, 2013). Ou seja, os enfermeiros devem conhecer a forma como a pessoa gere a sua doença para, posteriormente, serem capazes de identificar e implementar estratégias de intervenção adequadas às reais necessidades da pessoa, de forma a promover o controlo da progressão da doença, a preservação da autonomia no autocuidado, a qualidade de vida e o bem-estar (Paiva, 2007; Brito, 2012; Padilha, 2013).

É neste seguimento que se justifica a realização deste estudo, com o qual temos oportunidade de conhecer a forma como as pessoas com DPOC lidam com aspetos particulares da sua condição de saúde/doença, nomeadamente, no que se refere às medidas farmacológicas e não farmacológicas do seu tratamento, à adesão aos medicamentos e aos conhecimentos sobre o uso de inaladores, à competência que consideram possuir para seguir o regime de tratamento da DPOC, à possível presença de sintomas de ansiedade e depressão que possam interferir no processo de gestão, bem como, o suporte que encontram em familiares e pessoas significativas para lidar com a sua condição. Consideramos que este estudo é um ponto de partida para identificar potenciais necessidades e dificuldades das pessoas face à sua condição de saúde e gestão do regime terapêutico.

Esta dissertação de mestrado intitulada de “Autogestão na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” surge no âmbito da unidade curricular de Dissertação, do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) do ano letivo 2016-2017, e integra-se no projeto de investigação “Autogestão na Doença Crónica”, em desenvolvimento na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP).

O estudo desenvolvido insere-se no paradigma quantitativo, do tipo descritivo, correlacional e transversal. Tem por objetivo conhecer o processo de autogestão na pessoa com DPOC, com a finalidade de contribuir para um melhor conhecimento sobre

o processo de autogestão da pessoa com DPOC, que possa suportar uma prática profissional promotora do bem-estar nesta população. Para tal, constituiu-se uma amostra por conveniência de 45 pessoas com o diagnóstico de DPOC internadas no serviço de medicina interna de uma instituição hospitalar do distrito do Porto, no período de 10 de fevereiro de 2017 a 10 de maio de 2017. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário, aplicado sob a forma de formulário, composto por setes partes distintas: questionário sociodemográfico e de saúde, escala de suporte social, escala de ansiedade e depressão hospitalar, escala da competência percebida, escala de adesão aos medicamentos, questionário sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas, questionário sobre o uso de inaladores, bem como, duas questões abertas, uma questão para avaliar o conhecimento acerca da técnica inalatória e outra questão para conhecer a vivência dos participantes relativamente ao período noturno.

Este documento encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a contextualização teórica do tema em estudo. No segundo capítulo referente ao enquadramento metodológico, expomos o método que serviu de fio condutor a toda a investigação, fazendo referência aos seguintes pontos-chave: justificação do estudo, objetivos, variáveis, tipo de estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados, processo de recolha de dados, considerações éticas e a estratégia para a análise estatística dos dados. Segue-se no terceiro capítulo a apresentação e a interpretação dos resultados obtidos de acordo com a ordem sequencial de formulação dos objetivos específicos. E, por fim, no quarto capítulo, é feita uma discussão dos resultados à luz do enquadramento teórico. Terminámos a apresentação do nosso trabalho com uma apreciação e conclusão final, implicações para a prática clínica e sugestões passíveis de orientar futuras investigações.



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”*

Albert Einstein (1879-1955)

Com o enquadramento teórico, segundo Fortin (2009), pretende-se apresentar o estado da arte relativo ao problema a investigar, sendo que para tal, é essencial realizar uma pesquisa documental extensiva sobre o domínio de investigação escolhido, bem como dos seus conceitos definidores.

Deste modo, no subcapítulo 1.1. encontrar-se-á exposta, numa perspetiva geral, a problemática das doenças crónicas na atualidade e de uma forma particular, por se tratar do nosso foco de atenção, a definição da DPOC enquanto patologia e os compromissos no domínio do autocuidado. Segue-se o subcapítulo 1.2. onde se abordará o conceito central do trabalho, a autogestão, com especial enfoque nas seguintes variáveis: a complexidade do regime terapêutico na vertente farmacológica e não farmacológica, a competência percebida, o suporte social, a ansiedade e a depressão.

### 1.1. A DPOC: um desafio para os cuidados de saúde

A Direção-Geral da Saúde (DGS) estima que em 2050 as pessoas idosas, com 65 anos ou mais, ascenderão a dois mil milhões, o correspondente a cerca de 20% da população mundial (DGS, 2014). No período de 2011 a 2060, a população idosa nos 27 Estados Membros da União Europeia crescerá de 17% em 2010, para 30% em 2060 e a população com 80 anos ou mais crescerá de 5% para 12%, no mesmo período temporal (DGS, 2014). Em alguns dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 40% a 50% dos gastos com a saúde são atribuídos a esta população, sendo o custo *per capita* de três a cinco vezes maior comparativamente com os outros grupos etários (DGS, 2014). A par do envelhecimento, a descida das taxas de natalidade, com

consequente decréscimo do número de jovens, concorrem para a problemática das alterações populacionais.

A evolução da ciência e o desenvolvimento de tecnologias para o diagnóstico, tratamento e/ou controlo da progressão da doença têm contribuído para o aumento das taxas de cura e de sobrevivência, com implicações diretas nas taxas de mortalidade e na esperança de vida, o que nos transpôs para um fenómeno de transição epidemiológica. Evoluiu-se de um paradigma de doenças infecciosas para uma galopante incidência de doenças crónicas, responsáveis também por elevadas taxas de mortalidade e de morbilidade mundial, com tendência para o agravamento nos próximos anos e com sérias implicações económicas e sociais (Nolte e McKee, 2008; Busse et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define doença crónica como uma doença de longa duração, sem cura, geralmente com progressão lenta dos sintomas que podem ser potencialmente incapacitantes (World Health Organization (WHO), 2002; Nolte e McKee, 2008). É frequentemente acompanhada por um conjunto de morbilidades em associação com as possíveis alterações funcionais e/ou patológicas irreversíveis, geradoras de diferentes graus de dependência (Busse et al., 2010; WHO, 2014). O tabaco, o álcool, a alimentação pouco saudável, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a obesidade e os fatores ambientais, figuram como fatores de risco responsáveis ao desenvolvimento das doenças crónicas (WHO, 2013).

Na Europa, dois terços das mortes são por doenças crónicas (WHO, 2013). Das 56 milhões de mortes mundiais ocorridas durante 2012, 38 milhões foram por doenças crónicas em pessoas com menos de 70 anos de idade, ocupando a liderança as doenças cardiovasculares, o cancro e as doenças respiratórias (WHO, 2014).

As doenças respiratórias crónicas afetam centenas de milhões de pessoas em oposição às doenças respiratórias agudas que se encontram em perfil decrescente. Neste âmbito, 300 milhões de pessoas têm asma, 210 milhões de pessoas têm DPOC e 3 milhões de pessoas têm outras doenças respiratórias crónicas, como a síndrome de apneia obstrutiva do sono, a hipertensão pulmonar, as doenças do interstício pulmonar e a fibrose quística (DGS, 2013; DGS, 2016).

À semelhança dos demais países, estima-se que em Portugal a prevalência das doenças respiratórias ronde os 40%, com igual tendência crescente (DGS, 2013). Em 2013 foram a primeira causa de mortalidade intra-hospitalar (DGS, 2016) e estima-se que sejam responsáveis pela morte de cerca de 47 portugueses por dia (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR), 2016).

A evolução crescente e global do panorama das doenças respiratórias crónicas, associado ao sofrimento que causam, tem colocado grandes desafios aos sistemas de saúde mundiais, uma vez que impõe a adoção de ações concretas, com base em políticas públicas, para o seu combate (DGS, 2013; DGS, 2016).

Reequacionou-se, portanto, a necessidade de dar atenção não só à cura da doença, centrada essencialmente no modelo biomédico, como também ao controlo da sua progressão e à minimização das consequências na condição clínica da pessoa, através do desenvolvimento de um conjunto de intervenções estruturadas.

A DPOC, no âmbito das doenças respiratórias crónicas, representa um importante desafio público em saúde pela elevada morbilidade de que é responsável e por representar a quarta causa de mortalidade mundial (GOLD, 2017). A DPOC define-se como uma doença progressiva, caracterizada pela presença de sintomas respiratórios persistentes (dispneia, tosse crónica e/ou hipersecreção brônquica) e pela limitação ao fluxo aéreo devido a alterações inflamatórias nas vias respiratórias e nos alvéolos pulmonares, causadas usualmente por exposições significativas a partículas e a gases nocivos (GOLD, 2017).

Fazem parte dos fatores de risco para o seu desenvolvimento e também comuns ao desenvolvimento de outras doenças respiratórias crónicas, o fumo do tabaco, a poluição do ar dentro de espaços mal ventilados, os fatores ocupacionais (exposição a produtos orgânicos e inorgânicos, agentes químicos e fumos), a poluição atmosférica, o desenvolvimento pulmonar alterado na gestação e infeções respiratórias recorrentes na infância, a presença de asma, bronquite crónica e de infeções. Acrescem, de igual modo, os fatores genéticos, a idade avançada, o género masculino e o baixo estatuto socioeconómico (DGS, 2013; GOLD, 2017).

O diagnóstico médico da DPOC faz-se com base na história clínica e com recurso à espirometria. A espirometria é uma técnica não invasiva, de elevada sensibilidade em que, após o uso de um broncodilatador de curta duração, se calcula a razão entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1) e a capacidade vital forçada (FVC), devendo o resultado ser menor que 0,70. Os valores são expressos na forma de percentagem prevista, usando valores de referência apropriados ao sexo, à idade e à altura da pessoa (GOLD, 2006).

Segundo a GOLD (2017), a DPOC pode ser classificada em quatro níveis conforme a sua severidade:

- GOLD 1 (leve -  $FEV1 \geq 80\%$  previsto);
- GOLD 2 (moderada -  $50\% \leq FEV1 < 80\%$  previsto);
- GOLD 3 (severa -  $30\% \leq FEV1 < 50\%$  previsto);
- GOLD 4 (muito severa -  $FEV1 < 30\%$  previsto).

Em Portugal, segundo os dados disponíveis, até ao final de 2014 estavam inscritos nos cuidados de saúde primários, com o diagnóstico de DPOC, 117807 utentes, o que representa um aumento de 115% face ao número de inscritos com o diagnóstico em 2011 (ONDR, 2016). Porém, apenas 10948 utentes têm o seu diagnóstico confirmado por espirometria, o que aponta para uma baixa utilização deste meio para confirmação do diagnóstico (ONDR, 2016). Acredita-se por isso, que a taxa de prevalência da doença

não espelhe a realidade do nosso país e que a DPOC possa ser uma doença sub reconhecida, sub diagnosticada e sub tratada.

A progressão da doença conduz a um aumento das hospitalizações, dos custos e da mortalidade (Criner et al., 2015; GOLD, 2017; Wedzicha et al., 2017). Em 2014, os internamentos por DPOC em Portugal ocorreram maioritariamente nas regiões do norte e centro do país, em pessoas com mais de 65 anos de idade e do sexo masculino (ONDR, 2016). Porém, a prevalência da doença no sexo feminino está a aumentar, associada ao aumento do tabagismo (ONDR, 2016).

É assim desafiada a sustentabilidade e a eficiência dos sistemas de saúde, o que torna emergente a adoção de medidas estratégicas de reestruturação e redimensionamento do sistema de saúde, o desenvolvimento de novas soluções ao nível político, organizacional, estrutural e de avaliação, que permitam assegurar a continuidade, a qualidade e o custo-efetividade dos cuidados (Busse et al., 2010; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011).

#### **1.1.1. A pessoa com DPOC e o compromisso no domínio do autocuidado**

A DPOC é uma doença complexa e progressiva caracterizada pela diminuição gradual da energia e pelas frequentes exacerbações dos sintomas respiratórios. Há referência a cerca de dois a três episódios de exacerbação da doença por ano, com maior incidência no período de inverno (Borges et al., 2003 cit. por Ramos, 2016).

Num estudo longitudinal realizado durante cinco anos, com 304 pessoas com DPOC, verificou-se que a mortalidade aumentou à medida que as exacerbações se tornavam mais frequentes e mais graves. De tal forma que, as pessoas que apresentaram uma ou duas exacerbações por ano tinham um risco de morte duas vezes superior àquelas que não haviam apresentado nenhum episódio, e as pessoas com três ou mais episódios de exacerbações por ano, tinham um risco de morte quatro vezes superior (Cataluña e García, 2007).

A diminuição progressiva da energia proporcional à evolução da doença interfere negativamente na capacidade da pessoa para realizar as suas atividades de vida diárias e atividades instrumentais (Padilha, 2013), interfere no processo de socialização fora e dentro de casa (Padilha, 2013; Gabriel et al., 2014), interfere na qualidade de vida (Padilha, 2013; Gudmundsson et al., 2006), no bem-estar, na identidade da pessoa, e aumenta os custos financeiros com a saúde (Gabriel et al., 2014), entre outros. O que inicialmente se caracteriza pela dificuldade no desempenho de tarefas com maior dispêndio de energia, gradualmente se estende às atividades de vida diárias com baixo



consumo energético, como são o caso do alimentar-se, o vestir-se, entre outras (Padilha, 2013).

A pessoa vê assim a sua capacidade para o autocuidado afetada. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIE), o autocuidado é uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (International Council of Nurses (ICN), 2015, p. 42).

Para Orem (1993), o autocuidado define-se como um conjunto de atividades aprendidas e implementadas pelo próprio de forma ativa, voluntária, deliberada e continuada, de acordo com as suas necessidades num determinado momento. Não se trata de uma função inata, mas sim adquirida e aprendida pela pessoa no seu contexto sociocultural, ao longo do seu desenvolvimento, com o intuito de preservar a vida, a saúde, o crescimento, o desenvolvimento, o funcionamento e o bem-estar.

As exigências com que a pessoa com DPOC se confronta, em virtude da sua condição de cronicidade, são múltiplas, desde a convivência com sintomas debilitantes que comprometem os diferentes domínios do autocuidado, passando pelo regime terapêutico complexo, na sua diversidade farmacológica e não farmacológica, até às mudanças de comportamentos e estilos de vida que se impõem e as consequentes implicações na vida social e laboral.

As mudanças exigidas são, na sua maioria, atribuíveis às modificações nos processos corporais devidos à progressão da doença e consequente deterioração da condição de saúde da pessoa. A presença de dispneia e a intolerância à atividade fazem com que tarefas simples como, a preparação de refeições, cuidar da higiene pessoal, alimentar-se, e outras do domínio do autocuidado, fiquem comprometidas uma vez que, rapidamente, a pessoa atinge um estado de fadiga e mal-estar tal, que se vê obrigada a interromper e a desistir progressivamente de realizar este tipo de atividades. O mesmo se verifica para atividades como deslocar-se para fazer compras, visitar amigos e familiares ou participar em outras atividades de convívio social. Surgem assim perdas na liberdade e na dignidade da pessoa, alterações nas suas expectativas prévias e o isolamento social (Seamark et al., 2004).

Face a este cenário é imperativo que a pessoa com DPOC se consciencialize do seu estado de saúde e desenvolva determinadas competências, as quais constituem segundo Metcalf (1999) e Fleury e Fleury (2001), um conjunto de capacidades humanas inter-relacionadas centradas no conhecimento (domínio cognitivo), nas habilidades (domínio psicomotor) e nas atitudes (domínio afetivo), de forma a gerir o impacto causado pela doença, assumindo a responsabilidade pelos seus cuidados de saúde e pela integração destes no seu contexto de vida. Este processo de aprendizagem é, portanto, dinâmico e ativo. Envolve a identificação das respostas físicas e psicológicas adequadas às limitações criadas pela nova condição, exigindo uma permanente planificação e ação, de forma a gerir a vida (Kralik et al., 2004). Importa por isso ajudar a pessoa a lidar

com as mudanças inerentes a esta alteração no seu estado de saúde, facilitando o processo de transição (Meleis et al., 2000). A preparação para a transição é considerada como uma terapêutica de enfermagem, sendo que a educação é fundamental para criar condições necessárias para que este processo se realize (Schumacher e Meleis, 2010).

## **1.2. A autogestão: o papel central da pessoa no tratamento da DPOC**

Na qualidade de enfermeiros podemos tornar-nos significativos para a pessoa com DPOC auxiliando-a a desenvolver e a integrar nas suas atividades quotidianas respostas cognitivas, comportamentais e emocionais, que visem controlar a progressão da doença, preservar a autonomia/independência no autocuidado, a qualidade de vida e o bem-estar (Paiva, 2007; Brito, 2012; Padilha, 2013). O que é possível através do desenvolvimento de estratégias de intervenção focadas na autogestão da doença (Centers for Disease Control and Prevention, 2009 cit. por Gale e Skouteris, 2013).

O conceito de autogestão ou *self-management* surge pela primeira vez nos anos 60 do século XX com Thomas Creer, inspirado nos trabalhos de Bandura (Padilha, 2013). Nas últimas décadas, o conceito tem sido amplamente explorado em diversas investigações com pessoas com doença crónica (Wilde e Garvin, 2007; Wrigth, 2011). Porém, apesar das várias considerações científicas não existe, até ao momento, uma definição universalmente aceite (Padilha, 2013), sendo por isso considerado um conceito multidimensional e complexo.

Para Lorig e Holman (2003), também pioneiros no uso do termo, a autogestão diz respeito a um processo dinâmico, interativo e diário, no qual a pessoa se envolve para gerir a sua condição crónica através da aprendizagem e treino de competências necessárias para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória, de acordo com as suas perspetivas pessoais (Lorig 1993; Lorig e Holman, 2003).

Barlow e Ellard (2004), por sua vez, afirmam que a autogestão de uma condição crónica remete para a capacidade individual de gestão de sintomas, do tratamento, das repercussões físicas, das dimensões psicossociais e emocionais, e para efetuar mudanças no estilo de vida associadas à doença crónica.

A autogestão pode também ser definida como uma ação orientada para a saúde e para a gestão da doença, com o intuito de promover o envolvimento e o controlo da pessoa sobre o tratamento e as repercussões causadas pela doença (Newman et al., 2004; Foster et al., 2007). Pode estar associada à capacidade da pessoa, em conjunto com a sua família, com a comunidade e os profissionais de saúde, para gerir os sintomas físicos e psicossociais, os tratamentos, as potenciais mudanças de estilo de

vida, assim como as consequências imputadas à doença crónica (Wilkinson e Whitehead, 2009).

Pela reconhecida importância atribuída à autogestão na doença crónica, são muitos os programas de educação para a saúde sustentados em estratégias psicoeducativas, que vêm sendo desenvolvidos tendo este conceito por base. Estes programas são uma forma estruturada, individualizada e holística, de promover o desenvolvimento de competências na pessoa para que esta possa gerir, de forma autónoma, a sua condição clínica (Hughes, 2004; Malheiro, 2015).

O contributo dos trabalhos de Lorig e da sua equipa, inspirados nos modelos de Bandura (1997) e de Powell e colaboradores (2008), foram fundamentais para o desenvolvimento de um dos principais modelos de intervenção na educação para a autogestão dos pacientes com condição crónica. A partir do sucesso do *Chronic Disease Self-Management Program* (CDSMP) nos Estados Unidos da América, foi possível desenvolver-se uma versão europeia, o *Expert Patient Programme* (EPP), integrado em 2002 no sistema nacional de saúde inglês (Newbould et al., 2006; Powell et al., 2008; Street e Powel, 2008).

No EPP encontram-se descritas cinco competências de autogestão consideradas pelos autores como elementos fulcrais e que devem servir de base a outros programas de autogestão (Lorig e Holman, 2003):

- a) A resolução de problemas - A intervenção para a promoção da autogestão deve ser orientada para a capacitação da pessoa no desenvolvimento de competências essencialmente na área da resolução de problemas. A resolução de problemas inclui: a definição do problema, a formulação de possíveis soluções com o apoio de amigos e profissionais de saúde, a implementação da solução e a avaliação do resultado. Assume-se como fundamental uma avaliação detalhada e individual das necessidades e principais problemas para que a pessoa os possa resolver adequadamente através das suas ações de confronto.
- b) A tomada de decisão - A tomada de decisão, para além de ser parte constituinte do ponto anterior, trata-se de uma competência central na autogestão, permitindo a aquisição de confiança no processo de autonomia. À pessoa é-lhe pedido que no seu dia-a-dia, face à sua condição de saúde, tome decisões de forma informada.
- c) A utilização de recursos - Implícita às duas competências anteriores, o saber como encontrar e utilizar os recursos disponíveis para dar resposta às suas necessidades é considerada como um elemento básico na autogestão da condição crónica. A aprendizagem sobre a doença, os sintomas e como os controlar e prevenir, permite à pessoa utilizar estratégias de confronto adequadas, bem como o aumento da confiança em si próprio. Aos profissionais de saúde compete-lhes a função de suporte e orientação acerca dos recursos existentes, optando a pessoa de forma livre e esclarecida por aqueles que pensa serem os mais adequados para si. Ao

profissional de saúde cabe também a função de respeito face à decisão tomada pela pessoa.

- d) O desenvolvimento de parcerias entre os profissionais de saúde e os clientes - Através da concordância na cooperação para atingir interesses mútuos, a pessoa aceita a responsabilidade pela gestão da sua condição e, sustentada na informação, na relação de confiança e de suporte estabelecida com o profissional de saúde, é encorajada a resolver os seus próprios problemas. Surge a este nível uma mudança nos papéis. Ou seja, a pessoa que tradicionalmente era pouco interventiva passa a ter uma atitude proactiva e, o profissional de saúde passa de uma atitude tradicionalmente prescritiva, para uma intervenção colaborativa e de parceria, colocando a pessoa como perita, a um nível semelhante ao seu.
- e) A implementação de um plano de ação - Através da construção de um plano de ação a pessoa identifica os problemas e as preocupações relacionadas com a gestão da sua doença, delinea os objetivos a atingir e assume o compromisso de os concretizar. É-lhe, portanto, exigido um envolvimento ativo na mudança de comportamento, competência esta fulcral para a autogestão. Deve tratar-se de um plano a curto prazo (uma a duas semanas), centrado em mudanças que a pessoa acredite ser capaz de concretizar naquele período temporal e não assente em mudanças irrealistas.

Corbin e Strauss (1998 cit. por Lorig e Holman, 2003) no âmbito de programas de educação para a autogestão da doença crónica, destacam três dimensões intrinsecamente interligadas que a pessoa é chamada a desenvolver: a gestão clínica e comportamental (requer a adesão ao regime terapêutico e aos tratamentos, a prevenção de complicações e a identificação precoce de sinais e sintomas indicativos do agravamento da doença), a gestão de papéis (relacionada com a mudança, manutenção ou adoção de novos comportamentos que permitam melhorar o seu estado de saúde) e a gestão emocional (relacionada com o saber lidar com as respostas emocionais habitualmente experienciadas, como são exemplo disso a raiva, o medo, entre outras).

Procura-se assim, que a pessoa desenvolva competências para monitorizar a sua condição e para desenvolver e utilizar estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais, em benefício próprio e convergentes numa qualidade de vida satisfatória, o que se traduz portanto numa autogestão eficaz (Barlow et al., 2002; Bodenheimer et al., 2002). A pessoa deverá assumir a centralidade dos cuidados e o papel de controlo da sua situação, esperando-se que obtenha mestria e construa uma identidade fluida, evitando-se situações de rotura com a organização pessoal, profissional, familiar e social, anteriores (Yam, 2004; Pereira, 2007; Anderson e Funnel, 2010; Busse et al., 2010).

A promoção de competências para a autogestão torna-se, portanto, uma área sensível ao *core* da disciplina e da profissão de Enfermagem, apelando a intervenções profissionais sistematizadas e individualizadas, com base na melhor evidência científica. A estratégia de relação e de educação desloca-se de um modelo centrado unicamente nos saberes profissionais para um modelo colaborativo, focado nas necessidades e nas decisões tomadas pela pessoa (Pereira, 2007; Padilha, 2013).

O envolvimento da pessoa na gestão da sua condição/doença produz ganhos em saúde, os quais se traduzem, na sua maioria, na melhoria do seu estado de saúde ou na redução do processo de deterioração funcional e cognitiva inerente à sua condição crónica, na redução da mortalidade e da incapacidade, na melhoria da qualidade de vida e na satisfação com as interações sociais (Pearson et al., 2007; Schulman-Green et al., 2012; Padilha, 2013; Malheiro, 2015). Destacam-se como resultados secundários do processo de autogestão a redução na utilização de serviços de saúde, a melhor resposta aos tratamentos instituídos e a diminuição dos custos que lhes são inerentes (Lorig e Holman, 2003; Holman e Lorig, 2004; Coleman e Newton, 2005; Pearson et al., 2007; Qureshi et al., 2014; Malheiro, 2015).

Face às definições de autogestão anteriormente apresentadas, são considerados indicadores do processo: a adesão terapêutica, a competência percebida e os conhecimentos sobre a doença e o regime terapêutico. Na literatura são referenciados também um conjunto de variáveis associadas ao processo de autogestão, nomeadamente, o suporte social, a ansiedade e a depressão.

### **1.2.1. A complexidade do regime terapêutico na DPOC**

Em situações de doença crónica, a prescrição de um regime terapêutico complexo exige a aquisição de conhecimentos e de capacidades para iniciar e manter um tratamento prolongado ou mesmo vitalício. À pessoa, é colocado o desafio de integrar esse regime terapêutico, com fluência e mestria, no seu quotidiano pelo que, podemos considerar a gestão do regime terapêutico uma dimensão do autocuidado.

A pessoa com DPOC tem previsto no seu tratamento um conjunto de medidas farmacológicas e não farmacológicas que visam essencialmente aliviar os sintomas (Toy et al., 2011; Blackstock et al., 2015; GOLD, 2016), prevenir a progressão da doença (Vestbo et al., 2009; GOLD, 2016), melhorar a tolerância ao exercício (Blackstock et al., 2015), melhorar o nível de saúde (Toy et al., 2011; Blackstock et al., 2015), prevenir e tratar as complicações e as exacerbações da doença (Vestbo et al., 2009; Toy et al., 2011; Blackstock et al., 2015; GOLD, 2016), reduzir a mortalidade (Vestbo et al., 2009; Blackstock et al., 2015; GOLD, 2016), prevenir ou minimizar os efeitos

colaterais do tratamento (Blackstock et al., 2015; GOLD, 2016), diminuir as hospitalizações (Vestbo et al., 2009; Toy et al., 2011) e aumentar a satisfação e a qualidade de vida (Toy et al., 2011).

São apontadas, pelos diferentes autores, diversas categorizações para as medidas farmacológicas e não farmacológicas. Atendendo às melhores evidências parece-nos mais consensual considerar, neste estudo, como medidas farmacológicas: a oxigenoterapia, os dispositivos de ventilação não invasiva, o uso de inaladores, o uso de nebulizadores, a vacinação contra o vírus *Haemophilus Influenza* e *Pneumococos*, e a terapêutica medicamentosa para a ansiedade, depressão e insónia. Por sua vez, como medidas não farmacológicas: o exercício respiratório, a alimentação, as técnicas de relaxamento, a abstinência tabágica e o exercício físico. Relativamente ao exercício físico este é definido, habitualmente, como a atividade física programada e regular, frequentemente associada a atividade de lazer e desportiva (Almeida, 2013). Neste estudo, o exercício físico é sinónimo de atividade física, em geral, no contexto domiciliário.

#### 1.2.1.1. A adesão terapêutica

O regime terapêutico da DPOC é um processo contínuo e dinâmico em que a pessoa está sujeita a esquemas de polimedicação, com recurso a diferentes fármacos, com diferentes números de tomas, dosagens, horários e vias de administração, em simultâneo. Acresce a este esquema medicamentoso estratégias não farmacológicas, como a alteração de hábitos alimentares e de exercício, autocontrolo de sintomas, entre outros (Padilha, 2013).

À pessoa é, portanto, exigido uma mudança comportamental de forma a adquirir competências que lhe permitam manter a adesão e a gestão eficaz do seu regime terapêutico, o que trará benefícios na adaptação à condição de saúde, na diminuição da sintomatologia ou na alteração/manutenção do estado de saúde (Padilha, 2010).

A adesão define-se, segundo a CIPE como:

*“uma ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento”* (ICN, 2014, p.35).

Reconhece-se então o papel ativo, colaborativo e informado da pessoa no autocontrolo da sua doença. Pode considerar-se um estado em que o comportamento

da pessoa coincide com o que fora negociado com o profissional de saúde (Pereira e Silva, 1999; Padilha, 2013) e é também considerado como um fator comportamental modificável capaz de melhorar o prognóstico da doença (Trivedi et al., 2012).

A não adesão ao regime terapêutico pode ser intencional ou não, sendo indicados muitos fatores que podem comprometer os comportamentos de adesão (OMS, 2003; Lareau e Yawn, 2010; Bryant et al., 2013; Blackstock et al., 2015). Os fatores socioeconômicos onde figuram a pobreza, o analfabetismo, a baixa literacia, o desemprego, o apoio social deficitário e os custos da medicação, são o primeiro exemplo (OMS, 2003; Blackstock et al., 2015).

Relativamente à oferta do suporte social, a forma como ele é percebido pela pessoa com doença crónica é de extrema importância. Pina (2011) refere que as pessoas sem apoio, ou com baixo suporte dos familiares, amigos e/ou pessoas afetivamente significativas, tendem a apresentar mais dificuldades na adesão ao tratamento. Numa revisão da literatura realizada por DiMatteo (2004), conclui-se que a adesão ao regime terapêutico é maior em pessoas com famílias coesas e menor em pessoas provenientes de famílias em conflito. O mesmo autor conclui ainda que viver com outra pessoa aumenta a adesão ao regime terapêutico.

A literatura acrescenta outros fatores que se associam à não adesão: relacionados com os sistemas e equipas de saúde (relação entre a pessoa e o profissional de saúde, serviços locais inadequados, baixos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a gestão da doença crónica, baixos incentivos e feedback sobre a performance da pessoa, pouco apoio e suporte à educação), relacionados com o tratamento (polimedicação e a complexidade dos tratamentos, falhas anteriores com o regime terapêutico, mudanças frequentes de tratamento, deficiente perceção dos benefícios dos tratamentos e efeitos secundários) e relacionados com a pessoa (conhecimento, auto eficácia, motivação, consciencialização, crenças culturais, preocupação com os efeitos secundários, capacidade cognitiva) (OMS, 2003; Bryant et al., 2013; Blackstock et al., 2015).

E, por fim, os fatores relacionados com a doença: limitações da atividade, quantidade de sintomas presentes, comorbilidades e disponibilidade de tratamentos (OMS, 2003). A propósito dos sintomas presentes, Marks e colaboradores (2000) afirmam que as pessoas com doenças crónicas assintomáticas apresentam frequentemente níveis mais baixos de adesão ao tratamento.

Relativamente às comorbilidades presentes, evidencia-se, uma vez mais, a depressão. Há consistência nos estudos desenvolvidos por DiMatteo e colaboradores (2000) e por Lin e colaboradores (2004) quanto à identificação da depressão enquanto um fator de risco independente para a redução na adesão aos tratamentos em doenças crónicas como a diabetes, a falência cardíaca e a DPOC. As pessoas com DPOC tendem a reportar pior qualidade de vida, maiores níveis de depressão, pouco apoio pela

equipa multidisciplinar e uma menor adesão ao tratamento (Restrepo et al., 2008; Qian et al., 2014).

É frequentemente referido e reconhecido que existe uma baixa adesão aos regimes terapêuticos, quer nas doenças agudas quer nas crónicas, o que se reflete no insucesso do tratamento prescrito (Almeida, 2003). A adesão a regimes terapêuticos de longa duração é substancialmente baixa, quando comparada com os regimes de curta duração. A adesão nos países desenvolvidos é de apenas 50% (Bugalho e Carneiro, 2004). Tal facto contribui para um aumento significativo dos custos em saúde e da morbilidade (Bugalho e Carneiro, 2004; Trivedi et al., 2012).

Uma das formas de melhorar a adesão é a educação para a autogestão, no sentido de capacitar a pessoa para o autocuidado, pelo que, os profissionais de saúde devem envolver-se em novos desafios, sustentando-se numa abordagem multidisciplinar e centrada na pessoa (Sousa, 2003; Machado, 2009; Medina, 2010; Viana, 2010; Silva, 2012).

No âmbito do regime terapêutico da DPOC salienta-se a vacinação, a oxigenoterapia, as nebulizações, a ventilação mecânica não invasiva e os inaladores. É ainda relativamente frequente associar-se ao tratamento da DPOC a medicação para a insónia e para a ansiedade e depressão. Pela sua diversidade, torna-se pertinente abordar em seguida especificamente cada um deles.

#### **1.2.1.2. Adesão aos medicamentos**

Estudos apontam que a adesão aos medicamentos varia entre 40% a 60% nas doenças crónicas (Rand, 2005; Restrepo et al., 2008; Charles et al., 2010; Qian et al., 2014). Numa população de 144 pessoas portadoras de diabetes, Regufe (2017) apurou, através de uma escala de adesão aos medicamentos, que as pessoas aderiam ao esquema proposto pelo médico, esquecendo-se poucas vezes de tomar a medicação ou de alterar as doses prescritas. Os resultados contrariam a maioria dos estudos onde se refere que existe uma fraca adesão (Sousa, 2003). Também a título de exemplo, o estudo desenvolvido com 47 idosos institucionalizados num centro de dia, evidenciou que estes apresentavam valores elevados de adesão à medicação (Simão, 2009).

Num estudo Australiano com pessoas com DPOC é referido que 51% das pessoas não aderiam à terapêutica medicamentosa prescrita (Ta e George, 2011). Segundo o estudo observacional de Jung e colaboradores (2009) apenas metade das pessoas com DPOC cumprem a medicação prescrita. Por sua vez, num estudo com pessoas com DPOC,



apurou-se que as pessoas com depressão tendem a descontinuar mais precocemente o tratamento medicamentoso, do que as pessoas sem depressão (Qian et al., 2014).

A insônia, o sono intermitente, o sono de curta duração e outros distúrbios no sono, podem ser provocados ou exacerbados por sintomas respiratórios como a tosse e a produção de expectoração, por períodos de hipóxia, de palpitação e pela presença de sintomas de ansiedade e de depressão, os quais têm consequências na qualidade de vida, na mortalidade, no aparecimento de exacerbações respiratórias e na capacidade pulmonar da pessoa com DPOC (Miravittles et al., 2014).

A qualidade de sono na pessoa com DPOC é pobre, porém, estes sintomas são poucas vezes reportados e não existem recomendações a seguir para o seu tratamento (Agusti et al., 2011). Por outro lado, é uma temática de difícil estudo devido à ausência de instrumentos que permitam avaliar a qualidade do sono na pessoa com DPOC (Agusti et al., 2011).

As vacinas contra o vírus *Haemophilus Influenza* e *Pneumococos* são recomendadas às pessoas com DPOC (GOLD, 2017), porque diminuem em 50% o risco de infecções do trato respiratório adquiridas na comunidade, responsáveis pelas exacerbações da DPOC, pelo aumento das taxas de mortalidade e morbidade nesta população (Kankaanranta et al., 2015; Vestbo e Lange, 2015; Santos et al., 2016; Foda et al., 2017). Porém, a vacinação para o vírus *Influenza* é mais eficaz comparativamente com a vacina pneumocócica dado o risco acrescido das pessoas com DPOC adquirirem infecções provocadas por este vírus (Qureshi et al., 2014; Kankaanranta et al., 2015; Vestbo e Lange, 2015; Santos et al., 2016).

A oxigenoterapia de longa duração (mais de 15 horas por dia) é a segunda medida, a seguir à cessação tabágica, que mais contraria a evolução natural da DPOC (OMS, 2004; Buist et al., 2007; Mota, 2013). Os dispositivos de ventilação mecânica não invasiva, o Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP) e o Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), a par da oxigenoterapia de longa duração, aumentam a sobrevida (GOLD, 2017). A terapêutica de ventilação não invasiva reduz também a morbidade e a mortalidade nas falências respiratórias e reduz as hospitalizações (GOLD 2017).

Porém, muitas das pessoas com prescrição de oxigénio não levam os aparelhos para fora de casa e não cumprem a prescrição horária na totalidade. O mesmo se observa nos dispositivos de ventilação não invasiva, em que o tratamento é, por vezes, encurtado pelo desconforto causado. Surge por este motivo o incumprimento terapêutico (Bourbeau e Bartlett, 2008).

Os inaladores são a pedra angular do tratamento medicamentoso na DPOC, pelo que, se torna fundamental que sejam abordados de forma mais pormenorizada.

### 1.2.1.3. Uso de inaladores

Os inaladores são a base para o tratamento farmacológico sintomático da DPOC (Pothirat et al., 2015), têm uma ação direta nas vias aéreas e associam-se a uma menor incidência de efeitos secundários por serem dose-dependentes (Hanania e Donohue, 2007; GOLD, 2015; Murphy, 2016). São medicamentos que aumentam a FEV1 ou alteram outras variáveis espirométricas, geralmente por relaxamento da musculatura brônquica, e podem ser usados para alívio dos sintomas persistentes, em casos de exacerbações agudas, ou de forma contínua, para prevenção e redução da sintomatologia (Sin et al., 2003, GOLD, 2017).

Existem diferentes tipos de inaladores, por exemplo, os agonistas-B2 de curta duração (SABA) (salbutamol e terbutalina) ou de longa duração (LABA) (formoterol, salmeterol e indacaterol), os antimuscarínicos ou anticolinérgicos de curta duração (SAMA) (brometo de ipatrópio) ou de longa duração (LAMA) (brometo de tiotrópio, brometo de glicopirrônio e brometo de aclidínio) e os corticosteroides inalatórios (ICS) (budesonida e fluticasona) (GOLD, 2017). De forma a melhor controlar a sintomatologia pode tornar-se pertinente a combinação de diferentes classes de inaladores, com diferentes mecanismos e tempos de ação. Esta opção é vantajosa na medida em que é simplificado o regime posológico, reduzidos os efeitos secundários e aumentada a adesão à terapêutica, como por exemplo, a combinação entre agonistas-B2 com anticolinérgicos (glicopirrônio e indacaterol, aclidínio e indecaterol) ou com corticosteroides inalatórios (formoterol e budesonida, salmeterol e fluticasona e vilanterol e fluticasona) (GOLD, 2017).

Existem três tipos de dispositivos para aplicação do medicamento a inalar: o inalador pressurizado (MDI), o inalador de pó seco (DPI) e o inalador de névoa suave (SMI).

O inalador pressurizado é o sistema de inalação mais utilizado. É em forma de “L” e antes de utilizar deve ser agitado. Requer uma manobra inalatória coordenada entre o momento do disparo e a inalação (Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias (GRES), 2015).

O inalador de pó seco, é de fácil utilização comparativamente ao anterior e não necessita de ser agitado. A principal dificuldade na sua utilização está relacionada com a necessidade de um alto fluxo inspiratório para um ótimo desempenho, o que acaba por influenciar a variabilidade da dose que chega aos pulmões. Algumas pessoas são sensíveis à inalação do pó seco manifestando sinais de irritação nas vias aéreas (GRES, 2015).

Os inaladores de névoa suave utilizam as propriedades mecânicas de uma mola para gerar uma nuvem de aerossol com o intuito de promover uma melhor deposição

pulmonar face aos anteriores inaladores e reduzir a deposição de medicamento na orofaringe. Deve iniciar-se a inspiração e comprimir o inalador fazendo uma inspiração lenta (de 4 a 5 segundos) e profunda (GRESF, 2015).

Em todos os tipos de dispositivos é importante fazer uma expiração forçada, prévia à inalação, para esvaziar todo o ar contido nos pulmões, e após a inalação, deve-se efetuar uma pausa respiratória de cerca de 10 segundos de forma a garantir a penetração do fármaco nas vias aéreas. Se for necessária a administração de uma nova dose de medicamento deve-se fazer um intervalo de 30 a 60 segundos, entre as aplicações (GRESF, 2015). Após a administração da medicação inalatória deve-se lavar a boca, para evitar a rouquidão e a irritação orofaríngea (Dolovich, 2002).

Dada a diversidade de inaladores existentes, a escolha do tratamento pode basear-se numa avaliação individualizada da necessidade de controlo dos sintomas ao longo das 24 horas do dia (Price et al., 2013), da capacidade da pessoa para autoadministrar esta medicação e dos custos do tratamento (Brocklebank et al., 2001; Chapman et al., 2005; Virchow et al., 2008; Decramer e Cooper, 2010; Pothirat et al., 2015; GOLD, 2017).

A correta utilização do inalador é de máxima importância para que ocorra a administração eficaz da terapêutica e dessa forma garantir o controlo dos sintomas, a prevenção das exacerbações e os internamentos hospitalares, maximizando o controlo da doença, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os custos (Cochrane et al., 2000; Sadowski et al., 2014; Pothirat et al., 2015; Murphy, 2016; Sriram e Percival, 2016). Um estudo observacional identificou uma relação entre a má utilização dos inaladores e o controlo ineficaz dos sintomas na DPOC (Melani et al., 2004; Riley e Kruger, 2017).

Há instruções específicas para cada dispositivo, não existindo nenhum que não careça de uma explicação prévia sobre o seu uso, motivo pelo qual o treino individualizado da pessoa é relevante a fim de a capacitar para uma correta autoadministração (Laube et al., 2011 cit. por GOLD, 2017; Yawn et al., 2012 cit. por GOLD, 2017).

Além disso, impõe-se, também, a necessidade de uma monitorização regular da técnica inalatória e, caso a pessoa não adquira mestria, a substituição do tipo de inalador pode estar indicada (Steier et al., 2003; Crompton et al., 2006; Pothirat et al., 2015; Dantic, 2014). O correto desempenho da técnica inalatória e a aceitação da pessoa para o seu uso, influenciam a adesão ao tratamento a longo prazo (Cochrane et al., 2000; Sadowski et al., 2014; Pothirat et al., 2015; Murphy, 2016).

Os inaladores são frequentemente mal utilizados (Bryant et al., 2013; Aydemir, 2015; Murphy, 2016; Sriram e Percival, 2016). Uma percentagem elevada de pessoas com DPOC realiza a técnica inalatória de forma incorreta (Pothirat et al., 2015; Murphy, 2016; Sriram e Percival, 2016) e há evidência de baixa adesão à medicação inalatória (Qian et al., 2014).

Os principais erros na técnica inalatória identificados por Murphy (2016) são: não proceder à agitação do inalador pressurizado antes da utilização, não efetuar uma expiração forçada anterior à inalação, o incorreto posicionamento do inalador na boca, a coordenação errada entre a inalação e a administração da dose de medicamento, o fluxo inspiratório errado (respiração muito rápida e lenta, simultaneamente, em vez de um fluxo contínuo e lento), não efetuar a pausa respiratória após a inalação do medicamento, uso múltiplo do mesmo inalador sem esperar entre administrações, o uso de um inalador vazio e a não higienização do dispositivo. Existe ainda referência a outros erros: fluxo inspiratório errado, no tempo da inalação, na coordenação entre a inalação e a administração, na preparação da dose, na expiração forçada anterior à inalação e na suspensão da respiração durante a inalação (GOLD, 2017).

Nem sempre os profissionais de saúde dominam adequadamente a técnica de manipulação dos inaladores para instruírem os utentes (Lavorini, 2014; Murphy, 2016; Kshatriya et al., 2016), por exemplo, no estudo de Murphy (2016) apenas 7% dos profissionais de saúde demonstrou corretamente a aplicação dos inaladores pressurizados. Da mesma maneira, o estudo realizado com 1640 voluntários europeus (746 utentes, 466 enfermeiros e 428 médicos) evidenciou a utilização adequada de um inalador em apenas 9% dos utentes, 15% dos enfermeiros e 28% dos médicos (Plaza e Sanchis, 1998).

Os fatores apontados para uma aplicação incorreta dos inaladores são: a idade avançada, existência de múltiplos dispositivos e a falha no ensino prévio sobre a técnica (Rootmensen et al., 2010; Sadowski et al., 2014; Pothirat et al., 2015) a baixa escolaridade, a presença de múltiplas comorbilidades e o género feminino (Melani et al., 2004; Melani et al., 2011; Chorão et al., 2014; Pothirat et al., 2015) e ainda o grau de severidade da dispneia, da função pulmonar e o tipo de dispositivo (Pothirat et al., 2015).

Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde possuam conhecimentos efetivos sobre a técnica inalatória e sobre a aplicação correta dos dispositivos inalatórios e assegurem o seu ensino à pessoa e familiares (AL-Jahdali et al., 2013; GOLD, 2017).

Os nebulizadores ou aerossóis são uma alternativa aos inaladores, em situações especiais. Estes dispositivos permitem a administração de fármacos sob a forma de vapor, que são inalados para as vias aéreas, através de uma máscara. São de fácil utilização, dispensando uma manobra respiratória coordenada ou um grande esforço respiratório (Global Initiative For Asthma (GINA), 2015). Por estes motivos são bastante utilizados em idosos, crianças e pessoas hospitalizadas. Por outro lado, consomem tempo, são pesados e incómodos (Mesquita et al., 2004).

#### 1.2.1.4. Estilos de vida e abordagem não farmacológica

Para além do regime medicamentoso, tal como já foi referido, existem aspetos associados a comportamentos de saúde e estratégias não farmacológicas importantes na intervenção junto da pessoa com DPOC. Esta é confrontada com a necessidade de modificar os seus comportamentos alimentares, e de atividade física e hábitos tabágicos (manter a abstinência tabágica). Por outro lado, é também de especial importância a aquisição de novos comportamentos direcionados ao controlo dos sintomas, como sejam os exercícios respiratórios, as técnicas de relaxamento e o controlo da dispneia.

A atividade física é definida como qualquer movimento produzido pelos músculos que resulta em gastos energéticos (Blackstock et al., 2015). A pessoa com DPOC apresenta uma diminuição da atividade física, mesmo em fases iniciais da doença, tendendo a piorar à medida que o estado clínico e idade avançam, o que contribui para o declínio da função pulmonar, aumento do risco de mortalidade e de hospitalizações, aumento da sintomatologia ansiosa e depressiva (Coventry et al., 2013; Fastenau et al., 2014; Blackstock et al., 2015; Kankaanranta et al., 2015).

Quando comparadas as pessoas com DPOC, com outras sem a doença, verifica-se que as primeiras passam mais tempo sentadas e deitadas, caminham menos distâncias e fazem-no mais lentamente (Pitta et al., 2005). Segundo a DGS (2005) há evidência científica de que as pessoas com DPOC beneficiam de programas de exercício físico, os quais melhoram os sintomas de dispneia e reduzem o grau de fadiga. Pretende-se assim quebrar o ciclo vicioso da DPOC do qual fazem parte a dispneia, a inatividade física e a baixa preparação física, e evidenciar os benefícios do exercício físico a fim de encorajar o desenvolvimento de competências para a adesão à sua prática (Blackstock et al., 2015).

Torna-se por isto necessário identificar os obstáculos ambientais e os obstáculos pessoais de ordem psicológica, social e/ou ocupacional à participação da pessoa em atividades físicas (Blackstock et al., 2015). Relativamente aos fatores sociais, um estudo concluiu que viver com outra pessoa e ter elevados níveis de suporte social percebido está associado a um maior número de passos dados por dia (Barriga, 2010).

No sentido de melhorar a capacidade respiratória, para além da atividade física, também podem ser implementados uma série de exercícios de controlo respiratório e de treino dos músculos respiratórios (Gigliotti et al., 2003; Gosselink, 2004; Bott et al., 2009; Borge et al., 2014), os quais têm benefícios na qualidade de vida, reduzem a admissão hospitalar e o número de dias de internamento (Halting e Grov, 2017).

Os exercícios de controlo respiratório incluem técnicas de respiração diafragmática, expiração com lábios franzidos, técnicas de relaxamento e técnicas de controlo postural. Estas técnicas têm como objetivo diminuir o esforço realizado para

respirar e assistir no relaxamento dos músculos respiratórios, através de inspirações profundas, o que proporciona uma melhoria da respiração por via da diminuição da frequência respiratória e diminuição da dispneia, concorrendo ainda para a diminuição da hiperinsuflação (Gosselink, 2004; Borge et al., 2014; GOLD, 2014; McCarthy et al., 2015).

Outro aspeto sugerido na literatura é a perda ponderal associada à DPOC. Cerca de 25% das pessoas com DPOC do estadio II ao IV apresentam redução do índice de massa corporal e da massa magra, o que representa um fator de risco independente para a mortalidade nas pessoas com DPOC (GOLD, 2010). A desnutrição está associada ao mau prognóstico da doença devido a uma maior predisposição a infeções e à diminuição da força dos músculos expiratórios, tolerância ao exercício e menor qualidade de vida (Fernandes e Bezerra, 2006). A dispneia, a aerofagia, estados depressivos e determinados medicamentos, podem ser alguns dos fatores que a propiciam (Fernandes e Bezerra, 2006).

Em termos de estilo de vida, o tabagismo é o principal fator de risco da DPOC e a abstinência tabágica a medida mais efetiva para reduzir esse risco e prevenir o declínio da capacidade pulmonar (Abdool-Gaffar et al., 2011; Qureshi et al., 2014; Henoch, 2016). Os fumadores têm uma prevalência elevada de sintomas respiratórios e apresentam uma função respiratória anómala, com uma maior diminuição anual da FEV e maior taxa de mortalidade comparativamente aos não-fumadores (Espanhol, 2011). A idade em que se começa a fumar, o total de anos, a quantidade de cigarros e o ser fumador ativo, são preditores de uma maior mortalidade na DPOC (Espanhol, 2011).

### **1.2.2. A competência percebida**

O processo de modificação comportamental no sentido de adotar comportamentos de saúde, nem sempre prazerosos e atraentes, implicam a iniciação da mudança, que assenta frequentemente na expectativa de resultados futuros, e na manutenção dessa mudança ao longo de um *continuum* temporal (Rothman, 2000).

É útil, e mesmo imprescindível, conhecer os processos e os mecanismos inerentes ao comportamento humano de forma a promover diariamente a motivação (Chatzisarantis et al., 2003), principalmente quando na prática clínica acompanhamos pessoas que se confrontam com a necessidade de mudar ou adquirir novos comportamentos em virtude de alterações na sua condição de saúde.

Uma das teorias da motivação humana, reconhecida no âmbito da sua aplicabilidade no domínio da saúde, é a Teoria da Autodeterminação (TAD) de Ryan e

Deci (2002). De acordo com a TAD, considera-se que o desenvolvimento da autonomia e da competência, bem como um sentimento de pertença e de confiança, são essenciais para que as pessoas assumam uma posição mais autorregulada e mantenham comportamentos que conduzem à saúde e bem-estar (Ryan et al., 2008).

A competência refere-se à necessidade de ser eficiente nos seus esforços e capaz de atingir os resultados desejados (Patrick et al., 2007). Trata-se por isso de um saber agir responsável e reconhecido o qual implica a mobilização, a integração e a transferência de múltiplos conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto, de forma a que a pessoa sinta confiança na sua ação (Ryan e Deci, 2002).

A competência percebida, definida como a crença na capacidade pessoal para desempenhar uma determinada tarefa ou responder a um desafio, é um fator preditivo da alteração e manutenção de diversos comportamentos relevantes para a saúde (Ryan e Deci, 2000; Garrett, 2008; Almeida, 2013; Rocha, 2017). A percepção de competência em relação a uma atividade ou domínio é importante na medida em que facilita a realização de metas pessoais e gera uma sensação de autonomia, satisfação e de efetividade, promotoras da continuação do comportamento (Ryan e Deci, 2002; Williams et al., 2004).

Ainda segundo a TAD, a energia psicológica necessária para iniciar e manter uma mudança de comportamento condutor a um estado de saúde e de bem-estar, a longo prazo, é o resultado da percepção da pessoa de que iniciou o comportamento de forma autónoma e de que possui as competências necessárias para assumir essa mudança (Williams et al., 2004; Ryan et al., 2008).

No âmbito da investigação com pessoas diagnosticadas com DPOC, não encontramos estudos sustentados na TAD, que abordassem a competência percebida para iniciar e manter o regime de tratamento. No entanto, encontramos diversos estudos com outras populações, nomeadamente, em pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com diabetes mellitus e com problemas cardíacos.

No estudo de Kennedy e colaboradores (2004), em pessoas portadoras de HIV, a competência percebida foi considerada o fator preditor mais forte para a adesão à terapêutica antirretroviral prescrita. Em outros estudos, com pessoas portadoras de diabetes atestou-se que a competência percebida é preditora de um melhor controlo glicémico a longo prazo (Williams et al., 1998; Williams et al., 2004). De forma semelhante, numa amostra de 30 adolescentes portugueses, diagnosticados com diabetes tipo 1, Garrett (2008) constatou que a competência percebida é um fator motivacional com impacto na autonomia dos adolescentes e na adesão ao tratamento.

No âmbito dos comportamentos de risco para a saúde, Williams e colaboradores (2009) efetuaram um estudo com 106 adultos fumadores e concluíram que, quanto mais elevada a competência percebida para cessar o tabagismo e adotar um comportamento saudável, maior o efeito na abstinência tabágica a longo prazo.

Outros estudos reconhecem a importância da percepção de competência, por exemplo, na adesão à dieta e à medicação em pessoas com falência cardíaca (Stamp et al., 2016), na adesão terapêutica em pessoas com diabetes (Regufe, 2017), na abstinência tabágica a curto e longo prazo em pessoas fumadoras após síndrome coronária aguda (Rocha, 2017) e, na adoção de uma alimentação mais saudável e de atividade física, em pessoas adultas da comunidade (Almeida, 2013).

### **1.2.3. O suporte social**

O suporte social está fortemente correlacionado com a saúde, desempenhando um efeito mediador na sua proteção, sendo, portanto, um fator importante ao longo do ciclo de vida (Ramos, 2002; Siqueira, 2008; Ferreira e Guerra, 2014).

Trata-se de um constructo multidimensional alvo de distintas definições pelas diferentes áreas do conhecimento. Algumas das considerações mais antigas são as de Cobb (1976) referindo que o suporte social diz respeito à informação que faz com que a pessoa acredite que é amada e apreciada, tem valor e que faz parte de uma rede de comunicações e de obrigações mútuas.

Outros autores definem o suporte social como o grau de satisfação das necessidades sociais básicas da pessoa obtidas através da interação com os outros, da ajuda emocional (engloba a compreensão, o afeto e a estima) e da ajuda instrumental (engloba o aconselhamento, a informação e a assistência material) (Thoits, 1982; McNally e Newman, 1999; Siqueira, 2008). A satisfação das necessidades sociais percebidas pela pessoa torna-se fulcral devido à influência que tem no seu comportamento, bem-estar, saúde física e mental.

Dunst e Trivette (1990 cit. in Ribeiro, 1999) sugerem a existência de cinco componentes do suporte social que estão interligados: a componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente), a componente relacional (inclui o estatuto familiar e profissional, o tamanho da rede social e a participação em organizações sociais), a componente funcional (inclui o suporte disponível, o tipo de suporte, a qualidade do suporte e a quantidade de suporte), a componente estrutural (inclui a proximidade física, a frequência de contactos, a proximidade psicológica, o nível da relação, a reciprocidade e a consistência) e, por fim, a componente satisfação (inclui a utilidade e ajuda fornecida). Para os mesmos autores, o suporte social provém de diversas fontes. Pode ser do tipo informal (familiares, amigos, vizinhos e os grupos sociais - passíveis de prestar apoio, por exemplo, nas atividades diárias) ou do tipo formal (organizações sociais formais



como são exemplos os hospitais, os centros de saúde e os profissionais de saúde que, de forma organizada, fornecem apoio profissionalizado).

Para a população portuguesa, segundo Ribeiro (1994), a fonte de apoio social mais importante é a família. Outros autores afirmam de igual modo que a família se apresenta como a principal fonte de apoio básica para a pessoa (Hauser et al., 1990; Resende et al., 2006; Dantas et al., 2007).

Perante o diagnóstico de uma doença a pessoa é confrontada com a necessidade de conhecer o seu possível impacto e quais os recursos disponíveis para a sua resolução. Esta resolução depende de fatores pessoais ou internos e dos recursos do meio ou externos como é exemplo o suporte social. Este funciona como um amortecedor face a acontecimentos de vida ameaçadores e traumáticos, atuando essencialmente na diminuição das exigências da situação *stressante*. Nesta perspetiva, o suporte social é encarado como um processo transacional onde a pessoa interage continuamente com o meio em constante mudança, influenciando-o e sendo por ele influenciado (Lazarus e Folkman, 1986). Quando esta interação acontece de forma sistemática a probabilidade de superação destes eventos é ainda mais evidente (Pietrukowicz, 2001).

O reforço obtido através do suporte social assume-se assim como um vetor determinante na perceção da capacidade da pessoa para realizar determinado comportamento, sendo entendido como uma variável chave para a promoção da autogestão da sua doença (Ryan e Deci, 2000; Ryan e Sawin, 2009; Bandura, 1989 cit. por Du e Yuan, 2010). O impacto da doença é amenizado e a recuperação/controlo da doença potenciada (Ribeiro, 1999), aumenta o sentimento de controlo da pessoa assim como a adesão ao tratamento (Almeida, 2003; DiMatteo, 2004; Pedroso e Sbardelloto, 2008), melhora a autoestima e a autoeficácia (Almeida, 2003), melhora a qualidade de vida (Almeida, 2003) e o bem-estar (Pietrukowicz, 2001). Quanto ao bem-estar psicológico, a presença de um bom suporte social assume-se como um fator protetor da saúde mental, por reduzir a incidência de transtornos psiquiátricos/psicológicos tais como a ansiedade e a depressão (McMillen e Cook, 2003; Batista et al., 2006).

O apoio social funciona como um fator preditor de uma menor taxa de mortalidade e tem efeitos amenizadores face a eventuais crises (Ribeiro, 1999; Dessen e Braz, 2000) uma vez que proporciona atitudes positivas e motivação para superar as dificuldades levando, por consequência, à redução de comportamentos de risco e ao reforço de comportamentos protetores de saúde (Teixeira e Correia, 2002). Contrariamente, o isolamento social é um fator de risco para a saúde, uma vez que as pessoas socialmente isoladas apresentam uma saúde mais débil e uma taxa de mortalidade superior quando comparadas com pessoas com mais contactos sociais (Hockenbury e Hockenbury, 2003).

Na pessoa com DPOC, o nível elevado de suporte social está associado a uma maior atividade física e a uma melhor qualidade de vida (Chen et al., 2014). Está também associado, a um melhor estado de saúde física e mental, à abstinência tabágica, à

redução do número de hospitalizações e dos episódios de exacerbação da sintomatologia respiratória, a uma melhor promoção da saúde e gestão da doença (DiNicola et al., 2012). Portanto, o suporte social proporciona mais saúde (Pietrukowicz, 2001). Quando existe apoio social as pessoas mudam de comportamento, melhoram a sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, a sua autoestima é evidenciada e descobrem o potencial que têm, aumentando assim a probabilidade de uma melhor adaptação (Almeida, 2003).

#### **1.2.4. A ansiedade e a depressão**

A ansiedade e a depressão podem coexistir ou manifestar-se na forma separada (Marques-Teixeira, 2001).

A ansiedade é uma resposta a um estímulo e está associada a uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (ICN, 2015, p.40). Passa a ser patológica e não adaptativa quando a resposta a uma situação de perigo não corresponde à realidade, ou quando a duração e a intensidade são desproporcionadas em relação à situação vivenciada (Ruiz et al., 2000 cit. por Mota, 2013).

Os sintomas associados à ansiedade são variáveis, podendo verificar-se desconforto físico e psicológico manifestado por tremores, medo, fadiga, irritabilidade, ataques de pânico, agitação, distúrbios no sono, redução da concentração e da memória, tensão e dor muscular, palpitações, dor precordial, dispneia, náuseas, hipersudorese, entre outros (Panagioti et al., 2014; Tselebis et al., 2016).

A depressão define-se como uma “emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (ICN, 2013, p.39). Ou seja, esta perturbação do humor apresenta um vasto conjunto de sintomas físicos e mentais que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica. A título de exemplo, refere-se a fadiga, a perda de energia, as alterações no peso, no apetite e no sono, a diminuição da concentração, a letargia e o isolamento social (American Psychiatric Association, 2002; Panagioti et al., 2014; Tselebis et al., 2016). A sua duração e gravidade são, portanto, variáveis mediante os sintomas presentes (Wilkinson et al., 2005).

A ansiedade e a depressão têm implicações a nível cognitivo, nomeadamente, porque interferem com processos de memória e atenção (Sequeira, 2016). A doença crónica associa-se a uma prevalência elevada de sintomas de ansiedade e depressão (Bagder et al., 2007; Clarke e Currie, 2009; Du e Yuan, 2010; Holden et al., 2010; Nolte et al., 2013; Nolte e Osborne, 2013). Na literatura estes sintomas estão estudados em pessoas com diversos quadros patológicos, por exemplo, em pessoas com esclerose

múltipla (Sousa e Pereira, 2008), com lesão vertebro-medular (Ferreira, 2012; Ferreira e Guerra, 2014), com dor crónica (Matos, 2012; Almeida, 2014; Milhomens, 2015), com doença inflamatória intestinal (Branco, 2008), em portadores de HIV (Silva, 2013), entre outros.

Na DPOC, os resultados corroboram a tendência anterior, sendo que vários estudos associam sintomas de ansiedade e depressão à DPOC (Kim et al., 2000; Kunik et al., 2005; Ng et al., 2007; Maurer et al., 2008). Fatores como a idade, o sexo, o estatuto socioeconómico, o suporte social, o baixo índice de massa corporal, a FEV1 e outras comorbilidades, são identificadas como possíveis variáveis que predispõem ao aparecimento de ansiedade e depressão (van Manen et al., 2002; Maurer et al., 2008; Schane et al., 2008; Zhang et al., 2011). Acrescenta-se ainda a dispneia progressiva e o declínio da capacidade física (Holm et al., 2010; Katz et al., 2010; Hanania et al., 2011).

A ansiedade na pessoa com DPOC concorre para o aumento do número de reinternamentos hospitalares, da frequência de consultas e do aumento dos custos em saúde (Kim et al., 2000; Yohannes et al., 2000 cit. por Keil et al., 2017; Gudmundsson et al., 2005; Xu et al., 2008; Papava et al., 2016). A depressão na pessoa com DPOC é igualmente responsável pelo aumento das readmissões hospitalares, como também pelo aumento da mortalidade e das exacerbações respiratórias (Yohannes et al., 2000 cit. por Keil et al., 2017; Crockett et al., 2002 cit. por Keil et al., 2017; Dahle et al., 2002 cit. por Keil et al., 2017; Ng et al., 2007; Tze-Pin et al., 2007; Jennings et al., 2009; Kim et al., 2000; Qian et al., 2014; Yohannes e Alexopoulos, 2014).

Quer a ansiedade, quer a depressão, têm um impacto variado na qualidade de vida da pessoa (Cully et al., 2006; Papava et al., 2016), provocam isolamento social (Yohannes e Alexopoulos, 2014) e quanto maiores os níveis de ansiedade e depressão, menor a adesão ao regime terapêutico (Ciechanowski et al., 2000; DiMatteo et al., 2000; Gudmundson et al., 2005; Pais-Ribeiro et al., 2007; Qian et al., 2014).

Há evidência científica que sugere que a taxa de prevalência destes sintomas é mais elevada na DPOC, comparativamente com outras doenças crónicas, não sendo consensual o seu valor (Maurer et al., 2008; Putcha et al., 2015). Por exemplo, no estudo de revisão de Solano e colaboradores (2006) os valores obtidos em pessoas com DPOC, são iguais ou superiores a outras doenças crónicas, como o cancro ou as doenças cardíacas. Van Manen (2002), por sua vez, mostrou que pessoas DPOC moderada a grave, em fase estável, têm um risco relativo de depressão 2,5 vezes superior à população geral. Surge também neste seguimento a meta-análise de Zhang e colaboradores (2011) com aproximadamente 40000 pessoas, com DPOC e sem DPOC, onde se apurou que as pessoas com DPOC têm uma maior prevalência de depressão (7% a 46%) comparativamente com as pessoas sem DPOC, sendo esta mais provável em pessoas com patologia avançada. Facto este também corroborado por Omachi e

colaboradores (2009) ao demonstrarem que a prevalência da depressão aumenta com a progressão da doença.

Em estudos longitudinais e também de revisão sistemática, quando se compara os níveis de ansiedade e de depressão, os resultados divergem. Encontramos estudos em que se destacam níveis mais elevados de ansiedade, do que de depressão (Maurer et al., 2008; Jácome et al., 2015), ou pelo contrário, a sintomatologia depressiva é superior à prevalência da sintomatologia ansiosa (Yohannes et al., 2010; Karakurt e Unsal, 2013).

Em Portugal, a prevalência destes sintomas não é bem conhecida. Num estudo com 17 pessoas com DPOC sob oxigenoterapia de longa duração, 41,2% das pessoas apresentavam ansiedade e 70,6% apresentavam depressão (Mota, 2013). Noutro estudo, também português, com 65 pessoas da comunidade, com diagnóstico de DPOC, a prevalência da ansiedade era de 27,7% e de 16,9% para a depressão (Guimarães, 2012).

A presença de sintomas de ansiedade e de depressão têm um impacto negativo no ajustamento ao processo de gestão da doença e ao seu tratamento, sendo que a identificação da sua magnitude, pelos profissionais de saúde, é premente para que haja uma intervenção o mais precoce possível de forma a evitar todas as complicações que lhe estão inerentes (Pais-Ribeiro, 2007; Ryan et al., 2008; Du e Yuan, 2010).

São muitos os autores a adiantar que o diagnóstico e tratamento destes sintomas está aquém do que seria necessário (van Manen et al., 2002), sendo o tratamento importante para melhorar a capacidade funcional da pessoa, reduzir a carga social e os custos associados ao tratamento da doença (Kim et al., 2000; Kunik et al., 2005; Ng et al., 2007; Maurer et al., 2008; Dury, 2016).

Uma das escalas mais utilizadas para avaliação destes indicadores é a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond e Snaith (1983) validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007).

Enquadrada a temática em estudo, é possível constatar a complexidade do processo de autogestão na pessoa com DPOC. Na qualidade de enfermeiros é importante conhecer o processo de autogestão a fim de desenvolver um conjunto de estratégias de intervenção individualizadas, junto da pessoa com DPOC, de forma a promover a adaptação à sua condição de saúde e às implicações desta na sua vida.

## **2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

O processo de investigação comporta em si quatro fases englobando, cada uma delas, um conjunto de diferentes etapas (Fortin, 2009). A fase metodológica, que aqui nos propomos a apresentar, é descrita por Fortin (2009) como o momento onde se descrevem um conjunto de métodos e de técnicas que servem de guia orientador à elaboração do processo de investigação científica.

Após a delimitação teórica da problemática em estudo realizada no capítulo anterior, importa neste momento evoluir num discurso centrado na explanação das tomadas de decisão efetuadas a propósito dos procedimentos metodológicos escolhidos em consonância com a finalidade.

Assim sendo, proceder-se-á à apresentação da justificação do estudo, dos objetivos, das variáveis, do tipo de estudo, da população e amostra, do instrumento de recolha de dados e respetivo processo de recolha de dados. Por fim, são apresentadas as considerações éticas, bem como o procedimento para a análise dos dados.

### **2.1. Justificação do estudo**

Prevê-se que entre 2015 e 2080 ocorram em Portugal, à semelhança mundial, mudanças populacionais. Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, estima-se que o índice de envelhecimento mais do que duplicará e a população em idade ativa consequentemente diminuirá (INE, 2017).

Ao envelhecimento da população portuguesa associa-se o aumento da prevalência das doenças crónicas e incapacitantes, como é exemplo a DPOC. A DPOC representa a quarta causa de morte mundial, estimando-se que em 2020 seja a terceira causa. Em 2012, mais de 3 milhões de pessoas morreram com DPOC, o correspondente a 6% do número total de mortes mundiais (GOLD, 2017). Em Portugal, até ao fim de 2014 estavam inscritos nos cuidados de saúde primários, com o diagnóstico de DPOC, 117807 utentes, o que representa um aumento de 115% face ao número de inscritos com o diagnóstico em 2011 (ONDR, 2016).

A DPOC caracteriza-se por ser uma doença complexa e progressiva, que exige um regime terapêutico complexo, o qual inclui múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas em simultâneo, de forma a controlar a progressão da doença e a controlar os sintomas que lhe estão associados. A pessoa com DPOC vivencia uma diminuição gradual da sua energia o que gera dependência no autocuidado, e é confrontada com a necessidade de adquirir um conjunto de competências para cumprir o regime terapêutico, de forma a gerir a progressão da doença e as frequentes exacerbações da sintomatologia respiratória.

A DPOC tem um forte impacto social e nos cuidados de saúde, associando-se a custos económicos elevados, uma vez que o regime terapêutico é complexo e dispendioso. Há necessidade de cuidados regulares, os quais são assegurados pelos cuidados de saúde primários e, frequentemente, em virtude de agudizações da doença, a pessoa recorre ao serviço de urgência sendo, muitas vezes, hospitalizada.

No novo paradigma de empoderamento das pessoas face à sua saúde e à gestão da sua doença, os profissionais de saúde passam a assumir o papel de parceiros no processo de autogestão da pessoa portadora de doença crónica. Este novo paradigma, nem sempre é de fácil operacionalização, quer por fatores relacionados com a pessoa, quer por fatores inerentes à organização e à cultura dos serviços de saúde. Assim, apesar dos progressos a nível científico que permitiram melhorar a oferta de cuidados a esta população, emergem novos desafios e impõem-se mudanças concertadas a nível nacional, de forma a responder eficazmente às necessidades das pessoas com DPOC.

No nosso contexto profissional contactamos diariamente com pessoas com diagnóstico de DPOC, internadas em serviços de medicina interna ou pneumologia por agudização da sua condição crónica. Constatámos, por isto, os obstáculos que enfrentam no seu dia-a-dia e as inúmeras hospitalizações a que estão sujeitas, tantas vezes relacionadas com a gestão do regime terapêutico. Apercebemo-nos do pouco tempo que os profissionais de saúde têm para que lhes possam proporcionar o desenvolvimento das habilidades necessárias à aplicação correta de certos medicamentos, nomeadamente os inaladores. Reconhecemos a dificuldade dos profissionais de saúde, inclusive dos enfermeiros, em alterar o paradigma dos cuidados prescritivos e assumirem uma parceria com as pessoas a quem prestam cuidados, bem como, o receio dos próprios utentes em se responsabilizarem pela gestão da sua doença. Esta realidade com a qual convivemos dia-a-dia traduz o fosso existente entre o ideal preconizado e espelhado nos documentos da DGS e a política dos serviços de saúde, que se encontra ancorada na cultura dos próprios cuidadores/organização.

É neste enquadramento que se justifica a realização deste estudo, a partir do qual teremos oportunidade de conhecer a forma como as pessoas com DPOC lidam com aspetos particulares da sua condição de saúde/doença, nomeadamente no que se refere à adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas, aos conhecimentos

sobre o uso de inaladores, à competência que consideram possuir para seguir o regime de tratamento da DPOC, à possível presença de sintomas de ansiedade e depressão, bem como, ao suporte que encontram em familiares e pessoas significativas, para lidar com a sua condição. Consideramos que este estudo é um ponto de partida para identificar potenciais necessidades e dificuldades dos utentes face à sua condição de saúde e gestão do regime terapêutico.

O nosso estudo integra-se no projeto mais abrangente intitulado “Autogestão na doença crónica”, da UNIESEP, o qual tem como objetivo geral o desenvolvimento de conhecimentos no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença crónica.

## **2.2. Objetivos**

Este estudo teve como finalidade contribuir para um melhor conhecimento sobre o processo de autogestão da pessoa com DPOC, que possa suportar uma prática profissional promotora da adaptação e bem-estar da pessoa com DPOC. Foram objetivos deste estudo:

1. Avaliar a adesão aos medicamentos da pessoa com DPOC;
2. Avaliar o recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas pela pessoa com DPOC;
3. Avaliar o conhecimento da pessoa com DPOC sobre o uso dos inaladores;
4. Avaliar a competência percebida da pessoa para cumprir o tratamento da DPOC;
5. Avaliar o suporte social da pessoa com DPOC;
6. Avaliar a ansiedade e a depressão da pessoa com DPOC;
7. Analisar as relações entre a adesão aos medicamentos, a competência percebida, o suporte social, a ansiedade e a depressão na pessoa com DPOC.

## **2.3. Variáveis**

No âmbito da presente investigação pretende-se observar e medir diferentes conceitos, abarcando cada um deles diferentes qualidades, propriedades e características variáveis, que assumem valores díspares entre si, denominando-se por variáveis (Polit et al., 2004; Fortin, 2009).

Segundo o papel que exercem numa investigação, as variáveis podem ser classificadas em variáveis independentes e em variáveis dependentes (Fortin, 2009). Não estando contemplado no presente estudo a formulação de hipóteses é inviável o estabelecimento de relações de dependência entre as variáveis, bem como a direção de influência entre elas. Por este motivo as definimos em variáveis principais (fulcrais para se obter a resposta aos objetivos traçados) e em variáveis secundárias (permitem uma melhor compreensão do estudo, quando relacionadas com as variáveis principais) (Ribeiro, 1999; Fortin, 2009).

Neste seguimento, definiram-se como variáveis principais: a adesão aos medicamentos, as medidas farmacológicas e não farmacológicas, o conhecimento sobre o uso de inaladores, a competência percebida, o suporte social, a ansiedade e a depressão. Apresentamos de seguida a definição de cada uma das variáveis principais:

- Adesão aos medicamentos: refere-se à avaliação que a pessoa faz sobre o seu comportamento face ao regime medicamentoso prescrito, nomeadamente a frequência com que ajusta ou altera as dosagens prescritas;
- Medidas farmacológicas: referem-se a um conjunto de medidas medicamentosas, sujeitas a prescrição médica, que a pessoa com DPOC utiliza com a finalidade de prevenir ou de tratar a sintomatologia associada à DPOC;
- Medidas não farmacológicas: referem-se a um conjunto de estratégias não medicamentosas adotadas pela pessoa com DPOC, com a finalidade de prevenir ou de minimizar a sintomatologia associada à doença;
- Conhecimento sobre o uso dos inaladores: refere-se ao conhecimento que a pessoa com DPOC demonstra acerca da técnica inalatória;
- Competência percebida: refere-se à perceção que a pessoa tem da sua capacidade para cumprir o tratamento da DPOC;
- Suporte social: refere-se à perceção da pessoa sobre o apoio proporcionado pelos seus familiares e pessoas significativas nos seguintes domínios: afetivo, financeiro e a nível da manutenção da autonomia pessoal;
- Ansiedade: manifestação física e/ou comportamental de emoções negativas como por exemplo, de inquietação, preocupação, sensação de ameaça ou de perigo;
- Depressão: manifestação física e/ou comportamental de emoções negativas como por exemplo, tristeza, melancolia, desinteresse.

Considerámos ainda como variáveis secundárias: as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias, profissão atual, situação laboral atual, estado civil, número de filhos, número de coabitantes, distrito e concelho de residência) e as variáveis clínicas (diagnóstico clínico de internamento, número de hospitalizações no último ano e a razão das mesmas).



## 2.4. Tipo de estudo

O presente estudo insere-se no paradigma quantitativo, e é do tipo descritivo, correlacional e transversal.

## 2.5. População e amostra

A população estudada ou a população alvo é definida por Polit e colaboradores (2004) e por Fortin (2009) como sendo um grupo total de pessoas, de casos ou de acontecimentos, que partilham características comuns respeitantes aos critérios previamente especificados pelo investigador e sobre a qual se procuram conclusões com o propósito de efetuar posteriores generalizações. No presente estudo definiu-se como população alvo as pessoas com o diagnóstico médico de DPOC.

Pela impossibilidade de o investigador aceder à população ou universos gerais, salvo se forem inferiores a 2000 pessoas (Ribeiro, 2010), opta-se pela concretização de um estudo por meio de um processo de amostragem. Estima-se que em Portugal continental, no ano de 2014, encontravam-se inscritos nos cuidados de saúde primários 117807 utentes com o diagnóstico clínico de DPOC, tendo apenas 10948 o diagnóstico confirmado por espirometria (DGS, 2016). Tal dado numérico corrobora o facto de que, sendo a população alvo superior a 2000 utentes, se torna impossível efetuar a presente investigação com a totalidade da população, daí a necessidade de proceder à determinação da população que está acessível, isto é, a que está confinada a um determinado local passível de se aceder, devendo esta ser representativa da população alvo (Fortin, 2009). Elegemos para participar no estudo as pessoas com o diagnóstico médico de DPOC internadas no serviço de medicina interna de uma instituição hospitalar do distrito do Porto.

Não obstante, emerge também aqui a necessidade de se proceder à constituição de uma amostra da população acessível, selecionada para que se obtenham informações relativas às características da população alvo e, representativa da população total (Fortin, 2009). A técnica de amostragem selecionada foi a não probabilística, do tipo de conveniência ou acidental.

Para a constituição da amostra definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico médico de DPOC;
- Motivo de internamento no serviço ser o agravamento da função respiratória;

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Sem défices cognitivos identificados;
- Aceitar participar no estudo, de forma livre e esclarecida.

Participaram no estudo 45 pessoas, internadas no serviço de medicina interna de uma instituição hospitalar do distrito do Porto, no período de 10 de fevereiro de 2017 a 10 de maio de 2017. A escolha deste contexto deveu-se ao facto do fácil acesso à população-alvo, dado que a investigadora principal exerce funções de Enfermagem na instituição.

A idade dos participantes distribuiu-se entre um valor mínimo de 46 anos e máximo de 87 anos, sendo a média de idades da amostra de 70,9 anos (DP=11,9 anos). No quadro 1 são apresentadas as restantes variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra.

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas.

Variáveis		N (%)
Sexo	Masculino	39 (86,7%)
	Feminino	6 (13,3%)
Estado civil	Casado/união de facto	33 (73,3%)
	Viúvo	11 (24,5%)
	Divorciado	1 (2,2%)
Escolaridade	1º Ciclo do Ensino Básico	36 (80%)
	2º Ciclo do Ensino Básico	5 (11,2%)
	3º Ciclo do Ensino Básico	2 (4,4%)
	Ensino Secundário	0 (0%)
	Ensino Superior	2 (4,4%)
	Pessoal administrativo	1 (12,5%)
Profissão dos participantes no ativo	Trabalhadores dos serviços pessoais, proteção e segurança e vendedores	1 (12,5%)
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	5 (62,5%)
	Trabalhadores não qualificados	1 (12,5%)
	Amarante	3 (6,7%)
Concelho de Residência	Baião	4 (8,9%)
	Cinfães do Douro	2 (4,4%)
	Felgueiras	4 (8,9%)
	Lousada	3 (6,7%)
	Marco de Canaveses	6 (13,3%)
	Paços de Ferreira	6 (13,3%)
	Paredes	10 (22,2%)
	Penafiel	7 (15,5%)

Tal como é apresentado no quadro 1, os participantes do estudo são maioritariamente do sexo masculino (86,7%). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes (73,3%) estão casados ou vivem em união de facto. Apresentam uma média de 4,4 anos de escolaridade (DP=2,2 anos), com o mínimo de um ano de escolaridade e o máximo de 16 anos de escolaridade, distribuídos pelos diferentes níveis de escolaridade.

Relativamente à situação profissional a maioria encontra-se aposentada (75,6%). Apenas oito participantes estão empregados, distribuindo-se por diferentes profissões de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (2011).

Todos os participantes residem em diferentes concelhos do distrito do Porto. O número de filhos dos participantes está compreendido entre zero e nove filhos. Por sua vez, relativamente ao agregado familiar encontramos participantes a residirem sós ou institucionalizados em lar, variando a coabitação até cinco pessoas.

Todos os participantes foram internados por motivos de agudização da sua doença pulmonar, sendo que, nos últimos 12 meses, o número de internamentos hospitalares variou de zero a sete internamentos.

Muitos dos participantes referiram cumprir terapêutica inalatória no domicílio (71,1%), e encontravam-se medicados com estes fármacos, em média, há quatro anos. O diagnóstico de DPOC, da maioria dos participantes, não estava confirmado por espirometria, nem obedecia à classificação GOLD.

## **2.6. Instrumento de recolha de dados**

Atendendo ao tipo de estudo e aos conhecimentos existentes sobre a temática, optamos por usar o questionário como o método de recolha de dados, sendo que a sua aplicação foi realizada sobre a forma de formulário, em virtude da extensão do instrumento e da dificuldade que alguns participantes demonstraram no seu preenchimento. Este procedimento permitiu uma aplicação mais uniforme e garantiu a resposta a todos os itens.

O questionário utilizado (anexo 1) é constituído por seis partes que de seguida apresentamos e que inclui instrumentos pré-existent e questões especialmente desenvolvidas para este estudo, nomeadamente duas questões abertas. Previamente ao uso dos instrumentos de outros autores, foi solicitada a autorização dos autores que os validaram para a população portuguesa.

### 2.6.1. Questionário sociodemográfico e de saúde

A primeira parte do questionário é composta por perguntas direcionadas à recolha de informação que permite caracterizar a pessoa do ponto de vista sociodemográfico e clínico.

No que concerne à caracterização sociodemográfica incluíram-se questões referentes ao sexo, idade, habilitações literárias, profissão atual ou anteriormente exercida, situação laboral atual, estado civil, número de filhos, número de coabitantes, concelho e distrito de residência. São estas variáveis sociodemográficas que assumimos como variáveis secundárias do presente estudo.

Concomitantemente, quanto à caracterização clínica constam três questões abertas relativas ao diagnóstico clínico de internamento, ao número de internamentos no último ano e razões dos mesmos. À semelhança das anteriores, as variáveis clínicas são variáveis secundárias.

### 2.6.2. Escala de Suporte Social

O suporte social foi avaliado com a Escala de Suporte Social (ESS), adaptada para a população portuguesa por Guerra em 1995, a partir do instrumento original *Instrumental-Expressive Social-Support Scale* de Lin, Dean e Ensel (Guerra, 1995) e posteriormente validada para a população idosa portuguesa por Lima e colaboradores (2016).

A versão utilizada integra 16 itens de autorresposta com o objetivo de avaliar o suporte social que a pessoa perceciona nos últimos 6 meses. Os itens agrupam-se em três fatores. O fator 1 respeitante ao suporte familiar e sócio-afetivo (itens 2, 3, 5, 6, 13, 14, 15, 19 e 20); o fator 2 avalia o sentido de controlo (itens 10, 16, 17 e 18); o fator 3 referente ao suporte financeiro (itens 1, 7, 11) (Lima et al., 2016).

As respostas são dadas numa escala do tipo *Likert* onde os extremos são enunciados opostos. Assim, ao valor 1 corresponde o “sempre ou quase sempre”, ao valor 2 “muitas vezes”, ao valor 3 “algumas vezes”, ao valor 4 “raramente” e, ao valor 5 “nunca”. A cotação obtém-se com a soma dos valores das respostas, para a escala global (a qual varia entre 16 e 80 pontos), ou para cada subescala, sendo que uma cotação mais elevada traduz uma melhor perceção de suporte social nas diferentes áreas (Lima et al., 2016).

A escala apresenta uma consistência interna bastante satisfatória, com um valor do *alfa de Cronbach* de 0,83 no estudo de adaptação de Guerra (1995). No estudo de

validação para a população idosa são referidos os seguintes valores de *alfa* de *Cronbach*: 0,91 para o suporte familiar e socio-afetivo, 0,81 para o sentido de controlo, 0,87 para o suporte financeiro e 0,92 para o *score* total (Lima et al., 2016). No presente estudo foram obtidos os seguintes valores: 0,95 para o suporte familiar e socio-afetivo, 0,81 para o sentido de controlo, 0,87 para o suporte financeiro e, 0,94 para o *score* total.

### 2.6.3. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007), provém da escala original *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) de Snaith e Zigmond (1994). É utilizada com o propósito de avaliar os sintomas de ansiedade e de depressão.

Este instrumento é composto por duas subescalas que medem separadamente a ansiedade e a depressão, correspondendo a cada uma um conjunto de 7 itens, num total de 14 (Pais-Ribeiro et al., 2007). Cada item está formulado para uma escala de resposta de tipo *Likert* com quatro pontos (entre 0 e 3 pontos), pelo que os valores possíveis para cada uma das subescalas variam entre 0 e 21.

Utilizamos os pontos de *cut-off* referidos no estudo de validação da versão portuguesa: resultados compreendidos entre zero e sete devem ser interpretados como “normal”, entre oito e 10 “ligeira”, entre 11 e 14 “moderada” e entre 15 e 21 “grave”, quer para a subescala ansiedade, quer para a subescala depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). Relativamente ao resultado global da EADH, valores iguais ou superiores a 15 são considerados como sugestivos de níveis patológicos.

No estudo de validação da escala são referidos valores de *alfa* de *Cronbach* de 0,76 para a subescala da ansiedade e de 0,81 para a subescala da depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). No presente estudo obtivemos um *alfa* de *Cronbach* de 0,84 para a subescala da ansiedade e de 0,87 para a subescala da depressão.

### 2.6.4. Escala da Competência Percebida

A Escala da Competência Percebida (ECP) adaptada para a população portuguesa por Almeida e Pais-Ribeiro (2010) deriva da escala original *Perceived Competence Scale* (PCS) de Ryan e Deci (2000). É composta por quatro itens com o intuito de apurar o

grau de confiança da pessoa na sua capacidade para iniciar ou manter determinado comportamento de saúde ou regime de tratamento (Ryan, 1982 cit. por Almeida, 2013).

A escala é composta por quatro itens numa escala do tipo *Likert* que se estende de 1 (nada verdadeira) a 7 (totalmente verdadeira). O resultado é obtido através da média da resposta aos 4 itens, sendo que, quanto mais elevado o valor, mais competente se sente a pessoa para seguir o comportamento em avaliação (Almeida, 2013).

No estudo de adaptação o valor de *alfa de Cronbach* foi de 0,93 e no presente estudo foi de 0,98.

#### 2.6.5. Escala de Adesão aos Medicamentos

A Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM) adaptada para a população portuguesa por Pereira e Silva (1999), do original *Reported Adherence to Medication Scale* (RAM) desenvolvida por Horne, Weinman e Hankins (1997) (Pereira e Silva, 1999), tem como objetivo avaliar os níveis de adesão da pessoa que se encontra a cumprir um determinado regime medicamentoso, incluindo a frequência com que ajusta ou altera as dosagens prescritas.

A escala possui quatro itens subdivididos em dois grupos. Os dois itens do primeiro grupo pretendem apurar a concordância da pessoa face a se esquecer ou não tomar os seus medicamentos ou de alterar as doses prescritas de acordo com as suas próprias necessidades. Para tal, pretende-se que classifique as afirmações segundo uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos com cotação invertida em que o 1 corresponde a “concordo totalmente”, o 2 a “concordo”, o 3 a “não tenho a certeza”, o 4 a “discordo” e o 5 a “discordo totalmente” (Pereira e Silva, 1999).

À semelhança do anteriormente referido, no segundo grupo figuram dois itens nos quais se pretende que a pessoa indique com que frequência ajusta ou se esquece da sua medicação. Uma vez mais, a classificação faz-se com recurso a uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos em que o 5 corresponde a “nunca”, o 4 a “raramente”, o 3 a “às vezes”, o 2 a “muitas vezes” e o 1 a “quase sempre” (Pereira e Silva, 1999).

A ponderação final é obtida através da soma dos quatro itens, variando os *scores* entre 4 e 20, sendo que a valores mais elevados correspondem a maiores níveis de adesão (Pereira e Silva, 1999).

No estudo de Pereira e Silva (1999) o valor de *alfa de Cronbach* foi de 0,71 e no presente estudo foi de 0,89.

#### 2.6.6. Questionário de medidas farmacológicas e não farmacológicas

Com o objetivo de avaliar o recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas, elaborou-se um conjunto de questões, uma vez que não foi previamente encontrado na literatura um instrumento direcionado às particularidades da população em estudo.

Assim, com base em evidências dos estudos no domínio da DPOC, procedeu-se à construção de 14 afirmações que se subdividem em medidas farmacológicas (itens: 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13 e 14) e em medidas não farmacológicas (itens: 1, 2, 3, 4, 8 e 11). Pretende-se que o respondente, com base numa resposta dicotómica de “sim” ou “não”, assinale as medidas que cumpre no seu domicílio. Não se pretende com o mesmo a quantificação e interpretação final do *score* obtido, mas tão somente caracterizar o perfil da pessoa com DPOC.

Optou-se também por inserir uma questão de resposta livre, a qual visava aferir em que medida a noite constitui um problema na vivência da doença e em caso afirmativo, quais as estratégias usadas para lidar com a situação. A elaboração desta questão relaciona-se com a prática profissional da investigadora principal, que frequentemente constata durante o período noturno que os utentes se tornam mais apelativos e inquietos, acordam repetidas vezes e só tranquilizam ao amanhecer. Como este aspeto não se encontra devidamente explorado na literatura, pretendemos conhecer a perceção dos participantes em relação a esta situação.

#### 2.6.7. Questionário sobre uso de inaladores

Na sua maioria, a pessoa com DPOC utiliza diariamente inaladores como parte da terapêutica médica prescrita. Porém, o manuseio dos muitos inaladores existentes é variável, constituindo tal facto um motivo para uma utilização inapropriada, com consequências no processo de evolução e agravamento do quadro clínico. Por esta razão, considerou-se pertinente a elaboração de um conjunto de questões relativas à perceção dos participantes quanto à forma como manuseiam e aplicam os inaladores, e ainda, como obtiveram os conhecimentos e habilidades para o fazer.

Caso o respondente não utilizasse inaladores dava-se por terminado o preenchimento do formulário de recolha de dados. Se a pessoa respondesse que utilizava diariamente esta terapia, solicitava-se que respondesse a 12 questões que se focavam na identificação do inalador, na perceção de estar a utilizar uma técnica correta de administração, quem tinha sido o responsável pelo ensino inicial e o grau de

satisfação com o mesmo, se já fora posteriormente observado e corrigido no uso de inaladores, se o apoio recebido foi suficiente e, em caso negativo, determinar o que gostaria de ter recebido adicionalmente.

Como forma de aferir se efetivamente a pessoa administrava corretamente a terapêutica inalatória, por fim, solicitou-se que esta descrevesse os passos que realizava na aplicação dos inaladores, a fim de se avaliar os seus conhecimentos em relação à técnica de inalação.

À semelhança do anterior questionário, não se procurou a obtenção de um *score* final, mas sim proceder a uma descrição do perfil dos participantes do estudo.

## **2.7. Processo de recolha de dados**

Data de 9 de fevereiro de 2017 a aprovação da Comissão Ética de Saúde e do Conselho de Administração da instituição hospitalar do distrito do Porto para a realização do presente estudo.

Estabeleceu-se esta data como um marco para se desenrolar a etapa da recolha de dados junto das pessoas internadas com o diagnóstico médico de DPOC nos quatro serviços de medicina interna dessa mesma instituição hospitalar do distrito do Porto, no período de 10 de fevereiro de 2017 a 10 de maio de 2017.

Para a seleção dos participantes da amostra, com base nos critérios de inclusão, consultamos o programa de registos informáticos *SClínico*, uma vez que a consulta de informação clínica confidencial foi devidamente autorizada pela diretora clínica dos serviços de medicina interna da referida instituição hospitalar.

Todo o processo de recolha de dados, desde a consulta do programa *SClínico*, a seleção dos elementos da amostra, a abordagem para a entrega dos formulários e preenchimento dos mesmos, foi realizada exclusivamente pela investigadora principal. À medida que os formulários eram preenchidos e recolhidos, foram codificados com um número que traduzia unicamente uma ordem sequencial, de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

## **2.8. Aspetos éticos**

Por se tratar de uma investigação no domínio da saúde, que implica o contacto com pessoas doentes, evidencia-se uma necessária atenção por parte da investigadora



durante todo o processo para que atue de acordo com as considerações morais e éticas baseadas na proteção dos direitos e da dignidade humana dos participantes, e segundo as exigências éticas e deontológicas que regem a profissão de Enfermagem.

Após delinear o caminho a percorrer, numa fase inicial foram recolhidas as autorizações dos autores que validaram os instrumentos para a população portuguesa, do Conselho Técnico-Científico da ESEP (anexo 2) e do Conselho de Administração de uma instituição hospitalar do distrito do Porto e respetiva Comissão Ética de Saúde (anexo 3).

Para a participação em qualquer estudo, os potenciais participantes têm o direito de decidir autonomamente, após acesso à informação relativa às pretensões da investigação, se querem ou não participar no estudo, sem que a sua decisão esteja sujeita a qualquer tipo de manipulação, coerção ou pressão (Fortin, 2009). A escolha dos possíveis participantes esteve única e exclusivamente relacionada com o problema de investigação, não sendo por isso motivada por quaisquer questões de conveniência pessoal.

A todos os participantes foi entregue um documento de declaração do consentimento livre e esclarecido para participação no estudo (anexo 4). Neste documento destacam-se os pontos essenciais da investigação, nomeadamente: o título do estudo a desenvolver, a identificação da investigadora, a descrição da finalidade e objetivos do estudo para que o interveniente compreenda a intenção do mesmo, assim como o procedimento a ele inerente, os riscos e os benefícios da sua participação, a garantia de confidencialidade e a possibilidade de cessar a sua participação em qualquer momento sem que daí advenham quaisquer penas ou sanções.

Assumiu-se durante todo o processo o respeito pela justiça, pela imparcialidade e equidade de tratamento antes, durante e após o estudo, à escolha ou aplicação dos métodos, das normas e das regras à pessoa participante ou não participante na investigação. De igual modo se elevou o respeito pelos grupos vulneráveis, que segundo Fortin (2009) dizem respeito às pessoas internadas em estabelecimentos, por se encontrarem indefesas.

Da participação neste estudo não foram identificados quaisquer riscos potenciais de desconforto e de prejuízo para os participantes. Assume-se aqui que os inconvenientes são mínimos, respeitando-se o princípio da não maleficência e a otimização das vantagens, prevalecendo estas aos riscos, respeitando-se por isso o princípio da beneficência. Em nenhum momento houve financiamentos externos.

Todos os dados relativos à presente investigação serão mantidos sob total sigilo e em nenhum tipo de relatório ou de publicação que na eventualidade se possa vir a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos participantes. Para ressaltar este mesmo ponto, todos os questionários entregues foram codificados com um número, apenas por questões de ordenação de aplicação, sem qualquer correspondência com o respondente.

## 2.9. Análise Estatística dos Dados

Após a recolha dos dados e enquadrando-se o estudo no paradigma quantitativo, utilizamos o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0 para ambiente *Windows*, para efetuar a análise estatística inferencial dos dados.

De forma a caracterizarmos as variáveis em estudo recorreremos inicialmente à estatística descritiva simples a fim de obter as medidas de tendência central (média (*M*)) e de dispersão (desvio-padrão (*DP*)), os valores mínimos (*Min*) e máximos (*Max*), e os valores de assimetria e curtose.

Tratando-se de variáveis escalares, com distribuição normal, selecionou-se como teste paramétrico de associação ou de correlação de duas variáveis o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (*r*).

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados que, por uma questão de organização, serão expostos segundo a ordem de formulação dos objetivos. A apresentação dos resultados é complementada com a apresentação dos dados estatísticos em quadros.

É de salientar que o número de respostas a cada item será de 45, não existindo por isso valores omissos e, que todas as variáveis apresentam uma distribuição normal segundo os valores de assimetria e de curtose obtidos.

Para a análise da importância da relação entre as variáveis optamos por seguir a convenção apontada por Cohen (1988) que assume que valores de  $r$  de 0,10 a 0,29 indicam uma associação baixa, entre 0,30 e 0,49 uma associação moderada e acima de 0,50 uma associação elevada.

#### Objetivo 1: Avaliação da adesão aos medicamentos da pessoa com DPOC.

No quadro 2 são apresentados os valores mínimos e máximos da Escala de Adesão aos Medicamentos (os quais podem variar de quatro a 20 pontos), o valor da média e do desvio padrão. Através do valor de média obtida de 12,5 (DP= 4,4), podemos afirmar que os participantes se situam ligeiramente acima do nível médio no que concerne à adesão aos medicamentos.

Quadro 2 - Medidas descritivas relativas à adesão aos medicamentos.

	Min	Max	M	DP	Assimetria	Curtose
EAM	4	20	12,5	4,4	0,3	-0,8

#### Objetivo 2: Avaliação do recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas pela pessoa com DPOC.

No âmbito das medidas farmacológicas, discriminadas no quadro 3, a maioria dos participantes não toma medicamentos para dormir à noite (73,3%), também não faz medicação para a ansiedade (82,2%), nem para a depressão (84,4%). A maioria dos participantes aderiu à vacinação sendo que 86,7% estão vacinados contra o vírus *Influenza* e 51,1% com a vacina antipneumocócica. Uma percentagem elevada de

participantes (60%) realiza oxigenoterapia no domicílio, enquanto que, apenas 15,6% usa nebulizações e 8,9% utiliza o BIPAP/CPAP.

Quadro 3 - Medidas descritivas das medidas farmacológicas.

Medidas Farmacológicas		N (%)
Eu tomo medicamentos diariamente para dormir durante a noite.	Sim	12 (26,7%)
	Não	33 (73,3%)
Eu tomo diariamente medicamentos para a ansiedade.	Sim	8 (17,8%)
	Não	37 (82,2%)
Eu tomo diariamente medicamentos para a depressão.	Sim	7 (15,6%)
	Não	38 (84,4%)
Faço a vacina da gripe ( <i>Influenza</i> ).	Sim	39 (86,7%)
	Não	6 (13,3%)
Já fiz a vacina pneumocócica ( <i>Pneumo 23®</i> ).	Sim	23 (51,1%)
	Não	22 (48,9%)
Eu faço oxigénio em casa.	Sim	27 (60,0%)
	Não	18 (40,0%)
Eu faço nebulizações em casa.	Sim	7 (15,6%)
	Não	38 (84,4%)
Eu uso o BiPAP/CPAP em casa.	Sim	4 (8,9%)
	Não	41 (91,1%)

Relativamente às medidas não farmacológicas apresentadas no quadro 4, apurou-se que a maioria dos participantes não faz exercício físico (75,6%) e exercícios respiratórios (84,4%), no domicílio. A maioria (80%) refere ter cuidados com a alimentação. Também uma grande maioria dos participantes (88,9%) não faz técnicas de relaxamento e afirmam não saber controlar a falta de ar (66,7%). A abstinência tabágica é cumprida por 86,7% dos participantes.

Quadro 4 - Medidas descritivas das medidas não farmacológicas.

Medidas Não Farmacológicas		N (%)
Faço exercício físico em casa.	Sim	11 (24,4%)
	Não	34 (75,6%)
Faço exercícios respiratórios em casa.	Sim	7 (15,6%)
	Não	38 (84,4%)
Tenho cuidados com a minha alimentação.	Sim	36 (80,0%)
	Não	9 (20,0%)

Faço técnicas de relaxamento em casa.	Sim	5 (11,1%)
	Não	40 (88,9%)
Eu sei controlar a minha falta de ar.	Sim	15 (33,3%)
	Não	30 (66,7%)
Eu fumo.	Sim	6 (13,3%)
	Não	39 (86,7%)

### Objetivo 3: Avaliação do conhecimento sobre o uso dos inaladores pela pessoa com DPOC.

Os inaladores são usados por 71,1% dos participantes da nossa amostra, em média há 4,2 anos (DP=3). Diariamente são utilizados, na sua maioria, dois inaladores (53,1%), e um número elevado de participantes (65,6%) identifica corretamente todos os inaladores. É de referir que seis participantes relataram não conseguir identificar nenhum dos inaladores que utilizavam. No quadro 5 são apresentados os resultados referentes ao uso dos inaladores.

Quadro 5 - Medidas descritivas do uso de inaladores.

Uso de inaladores		N (%)
1. Utiliza inaladores?	Sim	32 (71,1%)
	Não	13 (28,9%)
2. Quantos tipos de inaladores utiliza, por dia?	1	8 (25,0%)
	2	17 (53,1%)
	3	6 (18,8%)
	4	1 (3,1%)
3. Consegue identifica-los?	Todos	21 65,6%)
	Alguns	5 (15,6%)
	Nenhum	6 (18,8%)
		<b>M (DP)</b>
4. Há quantos anos utiliza inaladores?		4,2 (3,0)

Como é possível observar no quadro 6, é consensual entre todos os participantes que os inaladores são de fácil utilização (100%), considerando por isso executar a técnica de forma correta (100%). O primeiro ensino ficou em 90,6% dos casos a cargo do médico, tendo ficado 59,4% dos participantes satisfeitos e 40,6% muito satisfeitos com o ensino recebido.

Em relação à supervisão da autoadministração dos inaladores, 84,4% dos participantes referiram que já foram observados durante a aplicação dos mesmos. A supervisão da técnica foi realizada maioritariamente por amigos e familiares (63%) e apenas 37% das pessoas receberam supervisão por um profissional de saúde.

A maioria dos participantes (93,8%) não demonstra interesse em receber outro tipo de apoio relativamente ao uso de inaladores. Apenas dois participantes (6,3%) referiram interesse em receber informação escrita.

Quadro 6 - Medidas descritivas da técnica de aplicação dos inaladores.

Uso de inaladores		N (%)
5. Acha que os inaladores são de fácil utilização?	Sim	32 (100,0%)
	Não	0 (0,0%)
6. Considera que usa a técnica correta para aplicar os inaladores?	Sim	32 (100,0%)
	Não	0 (0,0%)
7. Quem lhe ensinou a utilizar os seus inaladores, na primeira vez?	Médico	29 (90,6%)
	Enfermeiro	1 (3,1%)
	Farmacêutico	1 (3,1%)
	Amigo ou Familiar	0 (0,0%)
	Ninguém	1 (3,1%)
8. Qual o seu grau de satisfação em relação ao ensino sobre o uso de inaladores?	Muito Satisfeito	13 (40,6%)
	Satisfeito	19 (59,4%)
	Pouco Satisfeito	0 (0,0%)
	Nada Satisfeito	0 (0,0%)
9. Já alguém observou a forma como utiliza os inaladores?	Sim	27 (84,4%)
	Não	5 (15,6%)
9.1. Se sim, quem é que observou a forma como utiliza os inaladores?	Médico	6 (22,2%)
	Enfermeiro	3 (11,1%)
	Farmacêutico	1 (3,7%)
	Amigo ou Familiar	17 (63%)
10. Já recebeu correções sobre a forma como utiliza os inaladores?	Sim	10 (31,3%)
	Não	22 (68,7%)
11. Gostaria de ter tido mais apoio relativamente ao uso de inaladores?	Sim	2 (6,3%)
	Não	30 (93,8%)
11.1. Se sim, qual o tipo de apoio?	Receber informação oral	0 (0,0%)
	Receber informação escrita	2 (100%)
	Treinar a técnica do uso de inaladores com supervisão de um profissional	0 (0,0%)
	Outra	

A aplicação dos inaladores constitui uma técnica complexa, dada a multiplicidade de fármacos e especificidades na sua aplicação. De forma a apurar se efetivamente a

utilização dos inaladores era efetuada de forma correta, introduziu-se uma questão de resposta aberta onde se solicitava aos participantes a descrição da técnica inalatória utilizada no domicílio.

Através de uma análise de conteúdo das respostas obtidas, constatou-se que dos 32 participantes apenas três relataram a técnica o mais correta possível, sendo que, dois deles tinham sido instruídos pelo médico e um deles instruído pelo enfermeiro. De salientar que, apenas um destes três participantes procedia à higiene oral no fim da utilização do inalador. Os principais erros detetados nos restantes 30 participantes passaram essencialmente por não efetuar a expiração forçada antes de proceder à inalação e/ou por não sustentar a respiração durante aproximadamente 10 segundos após a inalação. A não higienização do inalador foi comum a todos os participantes, bem como a não higienização oral em 31 participantes.

#### **Objetivo 4: Avaliação da competência percebida da pessoa para cumprir o tratamento da DPOC.**

Em relação à competência percebida, cujos resultados são apresentados no quadro 7, a média obtida de 5,2 (DP= 1,6) traduz um elevado grau de perceção de competência, isto é, os participantes sentem confiança na sua capacidade para manterem o regime de tratamento da DPOC.

Quadro 7 - Medidas descritivas relativas à competência percebida.

	Min	Max	M	DP	Assimetria	Curtose
ECP	1	7	5,2	1,6	-0,3	-1,1

#### **Objetivo 5: Avaliação do suporte social da pessoa com DPOC.**

No quadro 8 apresentamos os valores mínimos e máximos da Escala de Suporte Social global e de cada subescala que a compõe, a média e o desvio padrão. Para facilitar a leitura dos resultados optou-se também por efetuar o cálculo de um valor médio denominado de *score* médio, obtido pela divisão da média de cada subescala, pelo número médio de itens da mesma subescala.

Podendo o *score* médio total da ESS global variar entre o valor mínimo de um ponto e o valor máximo de cinco pontos, o *score* médio total da ESS global obtido no estudo foi de 3,5 (DP=0,8) o que nos permite afirmar que os participantes possuem uma boa perceção do seu suporte social.

Analizando de forma individual os *scores* médios das três subescalas presentes no quadro 8, é no suporte familiar e sócio-afetivo que os participantes sentem um maior

apoio ( $M=3,9$ ;  $DP=1,0$ ), ao invés do suporte financeiro, onde figuram os valores mais baixos ( $M=2,7$ ;  $DP=1$ ).

Quadro 8 - Medidas descritivas relativas ao suporte social.

Escala Suporte Social						
	Min	Max	M	DP	Assimetria	Curtose
<b>Suporte familiar e sócio-afetivo</b>	10	45	35,0	8,9	-0,9	0,4
<b>Sentido de controlo</b>	8	20	13,1	3,4	0,4	-0,7
<b>Suporte financeiro</b>	3	15	8,1	3,0	0,4	-0,4
<b>Suporte social global</b>	21	80	56,1	13,5	-0,5	-0,2
Score Médio						
	Min	Máx	M	DP	Assimetria	Curtose
<b>Suporte familiar e sócio-afetivo</b>	1,1	5	3,9	1,0	-0,9	0,4
<b>Sentido de controlo</b>	2	5	3,3	0,8	0,4	-0,7
<b>Suporte financeiro</b>	1	5	2,7	1	0,4	-0,4
<b>Suporte social global</b>	1,3	5	3,5	0,8	-0,4	-0,2

#### Objetivo 6: Avaliação da ansiedade e da depressão da pessoa com DPOC.

Relativamente à presença de sintomas de ansiedade e depressão, apresentamos, no quadro 9, os valores mínimos e máximos (que podem variar entre zero e 21 pontos), a média e o desvio-padrão da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Na subescala da ansiedade obteve-se uma média de 6,8 pontos ( $DP=4,2$ ), o que segundo os pontos de corte estabelecidos e previamente descritos sugere que, globalmente, os participantes reportam níveis de ansiedade considerados normais. Por sua vez, na subescala da depressão, obteve-se uma média de 9,2 pontos ( $DP=4,6$ ), correspondente à presença de níveis ligeiros de depressão.

Quadro 9 - Medidas descritivas relativas à ansiedade e depressão.

EADH	Min	Max	M	DP	Assimetria	Curtose
<b>Subescala Ansiedade</b>	0	18	6,8	4,2	0,8	0,7
<b>Subescala Depressão</b>	1	19	9,2	4,6	0,3	-0,6

Numa análise mais detalhada através da distribuição dos participantes por níveis clínicos de perturbação emocional, obtidos pela utilização dos pontos de corte (quadro 10), constatámos que são mais frequentes os sintomas de depressão do que os de ansiedade. A maioria dos participantes não relata níveis clínicos de ansiedade (64,4%), e entre os restantes, é mais frequente o nível ligeiro (20%) do que os níveis



moderado (8,9%) e grave (6,7%). Em relação à depressão, é possível verificar que para além de existirem globalmente mais participantes com *scores* reveladores da presença de sintomas de depressão (55,6%), estes apresentam níveis clínicos de maior gravidade.

Quadro 10 - Distribuição das pontuações da EADH de acordo com os pontos de corte.

Pontos de corte	Subescala Ansiedade		Subescala Depressão	
	N	%	N	%
Normal (0-7)	29	64,4%	20	44,4%
Ligeiro (8-10)	9	20%	9	20%
Moderado (11-14)	4	8,9%	8	17,8%
Grave (15-21)	3	6,7%	8	17,8%

#### Objetivo 7: Análise das relações entre adesão aos medicamentos, a competência percebida, a ansiedade, a depressão e o suporte social na pessoa com DPOC.

A fim de determinarmos a força e o sentido das associações entre as variáveis: adesão aos medicamentos, competência percebida, suporte social, ansiedade e depressão, aplicamos o coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*). Os resultados do teste são apresentados no quadro 11 e apontam as seguintes associações:

Quadro 11 - Correlação de *Pearson* (*r*) entre a adesão aos medicamentos, a competência percebida, o suporte social, a ansiedade e a depressão na pessoa com DPOC.

	EAM	ECP	ED	EA	ESS	SF	SC	SFSA
ESCALA DE ADESÃO AOS MEDICAMENTOS (EAM)	1	,684** ,000	-,608** ,000	-,403** ,006	,460** ,001	,367* ,013	,570** ,000	,354* ,017
ESCALA DE COMPETÊNCIA PERCEBIDA (ECP)		1	-,725** ,000	-,244 ,106	,423** ,004	,318* ,033	,616** ,000	,297* ,047
SUBESCALA DEPRESSÃO (ED)			1	,334* ,025	-,439** ,003	-,419** ,004	-,580** ,000	-,301* ,044
SUBESCALA ANSIEDADE (EA)				1	-,747** ,000	-,606** ,000	-,540** ,000	-,717** ,000
ESCALA SUPORTE SOCIAL (ESS)					1	,739** ,000	,805** ,000	,955** ,000
SUPORTE FINANCEIRO (SF)						1	,537** ,000	,574** ,000
SENTIDO DE CONTROLO (SC)							1	,655** ,000
SUPORTE FAMILIAR E SÓCIO AFETIVO (SFSA)								1

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,0001$

Observa-se uma correlação positiva, elevada e muito significativa entre a variável adesão aos medicamentos e a competência percebida ( $r=0,68$ ;  $p=0,0001$ ), o que significa que os participantes que relataram maiores níveis de adesão são os que tendencialmente se percebem como mais competentes para gerir o seu regime terapêutico. A adesão encontra-se ainda correlacionada de forma negativa, elevada e muito significativa com a depressão ( $r=-0,61$ ;  $p=0,0001$ ) e de forma negativa, moderada e muito significativa com a ansiedade ( $r=-0,40$ ;  $p=0,006$ ). Com estes resultados podemos inferir que participantes com maiores níveis de adesão eram os que relatavam menos sintomas de depressão e ansiedade.

Verificam-se ainda associações positivas entre a adesão aos medicamentos e os resultados relativos ao suporte social percebido. Os participantes que percecionam um melhor suporte social, também apresentam níveis mais elevados de adesão aos medicamentos, o que se verifica pela correlação positiva e moderada, entre a adesão aos medicamentos e o suporte social global ( $r=0,46$ ;  $p=0,001$ ), e a adesão aos medicamentos com as subescalas do suporte financeiro ( $r=0,37$ ;  $p=0,013$ ) e do suporte familiar e sócio afetivo ( $r=0,35$ ;  $p=0,017$ ). Entre a adesão aos medicamentos e o sentido controlo verifica-se uma correlação positiva, elevada e muito significativa ( $r=0,57$ ;  $p=0,0001$ ).

Em relação à competência percebida, é possível observar que esta se encontra associada de forma negativa, elevada e muito significativa com a depressão ( $r=-0,73$ ;  $p=0,0001$ ), embora não se verifique associação com a ansiedade. Foram ainda encontradas associações significativas da competência percebida com os resultados relativos ao suporte social. Os resultados sugerem que os participantes que percecionam melhor suporte social, sentem-se também mais competentes para cumprir o regime de tratamento da DPOC, o que pode ser verificado através dos valores de correlação positivos, moderados e muito significativos da competência percebida com o suporte social global ( $r=0,42$ ;  $p=0,004$ ). Verificam-se ainda associações significativas entre a competência percebida e o suporte financeiro ( $r=0,32$ ;  $p=0,033$ ) e o suporte familiar e socio afetivo ( $r=0,30$ ;  $p=0,047$ ). Relativamente ao sentido de controlo, o valor da correlação com a competência percebida é positivo, elevado e muito significativo ( $r=0,62$ ;  $p=0,0001$ ).

Os resultados também sugerem que os participantes com sintomas de ansiedade tendem a apresentar sintomas de depressão. Esta constatação deve-se à presença de uma correlação positiva, moderada e significativa ( $r=0,33$ ;  $p=0,025$ ) entre a subescala ansiedade e a subescala depressão.

Na depressão, os participantes com melhor suporte social apresentam menos sintomas depressivos, embora esta associação seja de menor intensidade. Esta constatação deve-se à presença de uma correlação negativa e moderada da depressão

com o suporte social global ( $r=-0,44$ ;  $p=0,003$ ), uma correlação negativa e moderada da depressão com o suporte financeiro ( $r=-0,42$ ;  $p=0,004$ ), uma correlação negativa e elevada da depressão com o sentido de controlo ( $r=-0,58$ ;  $p=0,0001$ ), e uma correlação negativa e moderada da depressão com o suporte familiar e socio-afetivo ( $r=-0,30$ ;  $p=0,044$ ).

A mesma tendência acontece para a ansiedade onde é possível verificar correlações elevadas, negativas e bastante significativas entre a ansiedade e o suporte social global ( $r=-0,75$ ,  $p=0,0001$ ), no seu valor total e nas três subescalas. Constata-se uma correlação negativa e forte entre a subescala do suporte financeiro ( $r=-0,61$ ;  $p=0,0001$ ) e a ansiedade, entre o sentido controlo e a ansiedade ( $r=-0,54$ ;  $p=0,0001$ ), e entre a subescala de suporte familiar e sócio afetivo e a ansiedade ( $r=-0,72$ ;  $p=0,0001$ ). Estes resultados levam-nos a concluir que os participantes que percecionam melhor suporte social apresentam menores níveis de ansiedade.



## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos interpretar e discutir os resultados descritos anteriormente, à luz do quadro teórico e dos objetivos do estudo.

Damos assim início ao proposto com a caracterização dos participantes em função das variáveis sociodemográficas e clínicas. A nossa amostra é constituída, na sua maioria, por homens, com uma média de idades de 70,9 anos, reformados, casados e com baixa escolaridade. As características aqui enunciadas assemelham-se às de outros estudos, realizados em Portugal, em pessoas com DPOC. Servem de exemplo os estudos de Padilha (2013), Mota (2013) e Jácome e colaboradores (2015).

Os participantes encontravam-se internados por motivo de agudização da sua doença pulmonar, sendo este também o motivo que despoletou a maioria dos internamentos nos últimos 12 meses. Um número significativo de doentes encontrava-se medicado com terapêutica inalatória no domicílio, no entanto, não foi possível conhecer a gravidade da condição clínica, uma vez que não existiam registos clínicos com o estadiamento da doença e a classificação GOLD.

No que concerne à adesão terapêutica, os participantes situam-se ligeiramente acima do nível médio de adesão, à semelhança do estudo de Regufe (2017) com pessoas com diabetes, onde se encontraram bons níveis de adesão à terapêutica. No entanto, este resultado afasta-se da evidência de que a adesão tende a ser baixa em tratamentos crónicos (Rand, 2005; Restrepo et al., 2008; Charles et al., 2010; Qian et al., 2014). Há porém a realçar que no leque das doenças crónicas, existem particularidades que as distinguem e que podem contribuir para explicar diferentes níveis de adesão. No caso da DPOC, a presença constante de sintomas pode constituir simultaneamente um alerta e um reforço para a toma da medicação. Os resultados de Marks e colaboradores (2000) sustentam esta hipótese ao defenderem que as pessoas com doenças crónicas assintomáticas apresentam, frequentemente, níveis mais baixos de adesão ao tratamento.

No âmbito das medidas farmacológicas, e relativamente ao tratamento medicamentoso para a insónia, a maioria dos participantes não estava a tomar medicação com este objetivo. Dado que a literatura refere uma elevada prevalência de distúrbios de sono nestas pessoas, podemos inferir que, ou estes participantes em particular não revelam esse problema, ou então que esta é uma área da gestão da doença que se encontra ainda por responder. Sendo assim, pelas implicações da insónia

na qualidade de vida da pessoa e seus conviventes significativos (Miravittles et al., 2014) impõe-se a necessidade de identificar e tratar precocemente este problema.

Ainda em relação às dificuldades de sono, como foi já explicitado anteriormente, optamos por inserir no formulário uma questão aberta com o intuito de apurar a forma como a pessoa com DPOC vivencia o período noturno. A experiência profissional da investigadora principal levava a crer que, em particular no contexto de internamento, é no período noturno que se evidenciam níveis aumentados de sintomas ansiosos, insónia total ou intermédia, bem como a maioria das exacerbações dos sintomas respiratórios. É comumente conhecido como o “medo da noite”, dado que muitos utentes referenciam o medo de morrer, o medo do silêncio e o medo do escuro. Medo este que tem o seu fim com o início das rotinas ou com a presença da luz do dia. Nesse momento, a pessoa com DPOC fica mais tranquila.

Na literatura não encontramos referência a este fenómeno e as respostas dos participantes também não espelham esta nossa percepção da prática clínica. Os participantes do estudo referem períodos de insónia, ortopneia, mas não a inquietude noturna. Pelo sofrimento que causa, esta é uma temática interessante e que poderia justificar uma investigação mais aprofundada, quicá de natureza qualitativa. Face aos resultados aqui obtidos, sugere-se a colocação da questão não só ao próprio, mas também ao convivente significativo. São, na sua maioria, os familiares que nos relatam que o comportamento noturno no domicílio é semelhante ao que se observa em contexto hospitalar, mas, frequentemente, não assumido pelo doente.

Quanto à vacinação, a evidência sugere a necessidade da cobertura vacinal na pessoa com DPOC para o vírus *Haemophilus Influenza* e *Pneumococos* (GOLD, 2017). A nossa amostra apresenta uma boa adesão à vacinação, evidenciando-se uma maior adesão à vacina do vírus *Haemophilus Influenza* (39 pessoas), do que à vacina do *Pneumococos* (23 pessoas). Acredita-se que a divulgação informativa sobre a vacina da gripe possa ter influência na sua maior adesão.

Na sua maioria os participantes cumprem oxigenoterapia no domicílio (27 pessoas em 45), o que nos sugere tratar-se de uma população já em estadio avançado da doença, isto porque, quanto maior o estadio, maior a severidade dos sintomas. Porém, o facto de grande parte dos utentes não ter a doença devidamente estratificada através da espirometria e classificada de acordo com o GOLD, limita a interpretação deste resultado.

Iremos agora discutir os dados relativos ao uso de inaladores. Estes dispositivos são utilizados por 32 participantes, na sua maioria dois inaladores, em média há 4,2 anos. Porém, apenas 21 pessoas conseguem identificar corretamente todos os dispositivos que utiliza. Todos os participantes consideram tratar-se de uma técnica de fácil execução e estão convictos de que a realizam corretamente. Talvez por este motivo, apenas duas das 32 pessoas tenham mostrado interesse em receber mais apoio sobre o uso de inaladores.

A correta utilização do inalador é de máxima importância para que ocorra a administração eficaz da terapêutica e, dessa forma, garantir o controlo dos sintomas, a prevenção das exacerbações e dos internamentos hospitalares, maximizando o controlo da doença (Cochrane et al., 2000; Sadowski et al., 2014; Pothirat et al., 2015; Murphy, 2016). Porém, apesar dos utentes do nosso estudo se sentirem competentes no uso de inaladores, quando relatam os passos, apenas uma pessoa demonstrou conhecimento sobre a técnica inalatória, apresentando as restantes, falhas em mais de um dos passos da técnica. Fica deste modo diminuída a eficácia da utilização de inaladores na esmagadora maioria dos participantes. É de notar que o participante que relatou a técnica de forma mais correta possuía o maior nível de escolaridade. Sendo na sua maioria participantes com baixo nível de escolaridade e com uma média de idades de aproximadamente 70 anos, acredita-se que estes possam ser fatores, pelo menos em parte, associados à utilização inadequada dos inaladores.

A grande maioria dos participantes foi ensinada, acerca da técnica inalatória, pelo médico, encontrando-se muito satisfeita (13 pessoas) ou satisfeita (19 pessoas) com o processo de ensino recebido. A observação sobre a execução da técnica coube maioritariamente a amigos e familiares, possivelmente pelo contacto presencial diário na hora de administração da medicação inalatória, não tendo a maioria recebido qualquer correção ao seu uso. O desconhecimento dos familiares e amigos sobre a técnica inalatória poderá ser um dos fatores para que não tenham sido efetuadas correções. Os dados encontrados não vão ao encontro das recomendações internacionais onde é aconselhado que os ensinamentos sejam assegurados pelos profissionais de saúde, não só aos doentes, como também aos familiares (GOLD, 2017). De igual modo, se verifica também o incumprimento das mesmas recomendações na medida em que não é assegurada a supervisão regular da técnica inalatória por parte dos profissionais de saúde, tal como acontece em outros estudos (Steier et al., 2003; Crompton et al., 2006; Pothirat et al., 2015). De realçar que a evidência demonstra que os profissionais de saúde nem sempre dominam adequadamente a técnica de manipulação dos inaladores para que possam instruir corretamente a pessoa (Lavorini, 2014; Kshatriya et al., 2016; Murphy, 2016).

Ao nível das medidas não farmacológicas, as recomendações nacionais emanadas pela DGS (2005) e internacionais pela GOLD (2017) referem que a pessoa com DPOC beneficia da prática de exercício físico e de exercícios respiratórios. Porém, na sua maioria, os participantes não praticam exercício físico (34 pessoas em 45), nem exercícios respiratórios (38 pessoas em 45), no domicílio. Da mesma forma que não recorrem a técnicas de relaxamento (40 pessoas em 45) e não utilizam estratégias para controlar a dispneia (30 pessoas em 45). A dispneia, característica comum às pessoas com DPOC, pode ser um dos fatores responsáveis pela não adesão à prática de exercícios físicos (Dury, 2016), e por sua vez, a diminuição da prática de exercício

físico concorre para a diminuição da capacidade respiratória, assistindo-se assim, a um agravamento da situação clínica e à perda de funcionalidade.

A perda ponderal, também associada à pessoa com DPOC, representa um fator de risco independente para a mortalidade nesta população e pior prognóstico da doença (Fernandes e Bezerra, 2006; GOLD, 2010). Porém, apesar de na globalidade a amostra referir ter cuidados com a alimentação, parece-nos que este cuidado alimentar está mais associado à presença de outras comorbilidades, como por exemplo a diabetes mellitus, a hipercolesterolemia, entre outras, e que os participantes não reconhecem a necessidade de cuidados alimentares específicos em virtude da DPOC.

O fumo do tabaco faz parte dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da DPOC e agravamento da função respiratória (DGS, 2013; GOLD, 2017). A abstinência tabágica, na qualidade de medida mais efetiva para reduzir o risco e prevenir o declínio da função pulmonar, é um ponto positivo a salientar na amostra, visto que, na sua maioria, a amostra é constituída por não fumadores (39 pessoas em 45). Os participantes seguem, portanto, as recomendações relativas à evicção tabágica (Abdool-Gaffar et al., 2011; Qureshi et al., 2014; Henocho, 2016, GOLD, 2017). Contudo, teria sido interessante a recolha de informação acerca de quantos ex-fumadores existiam na amostra, o número de cigarros consumidos, o número de anos em que mantiveram o tabagismo ativo e o motivo para terem cessado o consumo.

Sabe-se que, associado ao fumo do tabaco, também outros fatores propiciam a DPOC, nomeadamente fatores ocupacionais, a poluição do ar dentro de espaços mal ventilados, entre outros. Importa por isso referir que, ao nível profissional, talvez pela localização geográfica da área hospitalar em causa, as profissões mais prevalentes foram as de mineiro, marceneiro, pedreiro, empregados da restauração e da construção civil.

Em relação à competência percebida, os resultados obtidos evidenciaram que os participantes sentem uma elevada confiança na sua capacidade para manter o regime de tratamento da DPOC. Não existindo estudos com pessoas com DPOC que nos permitam uma comparação de resultados, resta-nos fazer a discussão destes recorrendo a estudos com outro tipo de patologias crónicas. De forma interessante, os resultados obtidos em pessoas com diabetes (Williams et al., 1998; Williams et al., 2004; Garret, 2008; Regufe, 2017), fumadores (Williams et al., 2009), pessoas com HIV (Kennedy et al., 2004) ou com problemas cardíacos (Stamp et al., 2016, Rocha, 2017), revelam igual tendência. A interpretação deste resultado pode estar também associada às propriedades psicométricas do instrumento, sugerindo que este não é suficientemente discriminativo e que promove o efeito de teto nos resultados. Pode ainda acontecer que na apreciação da sua competência, os participantes não partam de uma base de conhecimentos sólida e realista, e por isso tendem a sobrevalorizar as suas capacidades.



Relativamente ao suporte social, os resultados sugerem que os participantes do estudo percecionam um suporte social globalmente positivo, o que se manifesta no *score* total e nos *scores* das diferentes subescalas. Foi na dimensão familiar e sócio afetiva que os participantes referiram sentir maior apoio, o que vai ao encontro da afirmação de Ribeiro (1994) de que a fonte de apoio social mais importante para a população portuguesa é a família. Por outro lado, foi no suporte financeiro onde foram encontrados os valores mais baixos de apoio percecionado. O facto de apenas oito das pessoas da amostra estar empregada e, a maioria (36 pessoas em 45) ter completado apenas o 1º ciclo do ensino básico, podem em parte, explicar estes resultados, na medida em que estas duas situações são normalmente conducentes a baixos rendimentos económicos. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Regufe (2017) em pessoas portuguesas com diabetes.

Relativamente à presença de ansiedade, constatou-se que a maioria das pessoas apresentava níveis de ansiedade considerados normais, embora um número significativo de pessoas (16 em 45) apresentasse sintomatologia ansiosa. O cenário agrava-se para a depressão, uma vez que mais de metade dos participantes apresentou níveis clínicos de sintomatologia do tipo depressivo e cerca de um terço (16 em 45) apresentava inclusive níveis de severidade moderada ou grave. Na literatura encontrámos vários estudos que retratam esta realidade e identificam a presença de sintomas de ansiedade e depressão na pessoa com DPOC (Solano et al., 2006; Maurer et al., 2008; Omachi et al., 2009; Yohannes et al., 2010; Zhang et al., 2010; Guimarães, 2012; Mota, 2013; Jacóme et al., 2015).

É de realçar, no entanto, que não existe consenso relativamente a qual deste tipo de sintomatologia é a mais frequente nas pessoas com DPOC. Em alguns estudos, a ansiedade aparece como mais presente do que a depressão, como é exemplo, o estudo de Jácome e colaboradores (2015), numa população portuguesa com 302 pessoas com DPOC, em que 53,3% das pessoas apresentava níveis de ansiedade e 45,4% das pessoas níveis de depressão. No entanto, noutros estudos, e tal como apontam os nossos resultados, os valores de depressão são superiores comparativamente aos da ansiedade. Assim, os resultados do presente estudo são semelhantes aos encontrados por Karakurt e Unsal (2013).

O presente estudo reforça ainda a evidência que sugere que a taxa de prevalência de depressão é mais elevada na DPOC do que na população saudável (Zhang et al., 2011) e comparativamente a outras doenças crónicas (Maurer et al., 2008; Putcha et al., 2015).

Os resultados indicam ainda que a ansiedade se correlaciona significativamente com a depressão, o que vai ao encontro da literatura que descreve a existência de comorbilidade nestes dois tipos de perturbação (Marques-Teixeira, 2001). É compreensível que uma pessoa com este tipo de patologia, que vai perdendo progressivamente a sua funcionalidade e qualidade de vida, se vá sentindo triste e

desanimada com essas perdas, e que, simultaneamente, vá ficando mais preocupada acerca das consequências que daí advêm. Por outro lado, existe também um fenómeno de causalidade circular, visto que pelo sofrimento que geram, a ansiedade e a depressão, mesmo em níveis ligeiros e moderados, têm um impacto negativo no ajustamento da pessoa ao processo de gestão da doença e ao seu tratamento (Pais-Ribeiro, 2007; Ryan et al., 2008; Du e Yuan, 2010).

Por tudo isto, é premente que os profissionais de saúde estejam despertos para esta problemática. Seria importante uma intervenção multidisciplinar, o mais precoce possível, junto da pessoa com DPOC para que assim seja facilitada a sua adaptação à doença e ao processo de capacitação para a autogestão. Neste sentido, a ansiedade e a depressão devem deixar de ser comorbilidades sub diagnosticadas e sub tratadas (van Manen et al., 2002).

Iremos em seguida discutir os resultados da análise inferencial, em que foram analisadas as relações entre as variáveis em estudo, numa tentativa de compreender que fatores poderão estar associados à autogestão da pessoa com DPOC.

Verificamos uma forte associação entre a adesão aos medicamentos e a competência percebida, ou seja, os participantes que relataram níveis de adesão mais elevados aos medicamentos eram os que se percecionavam como mais competentes para gerir o seu regime terapêutico. Este resultado vai ao encontro da TAD e confirma as definições mais recentes de autogestão que evidenciam o papel da competência percebida nos processos de gestão de doença. Salientam-se neste âmbito os estudos de Kennedy e colaboradores (2004) onde a competência percebida foi considerada um fator preditor para a adesão à terapêutica antirretroviral, os estudos de Garret (2008) e Williams e colaboradores (1998, 2004) na pessoa com diabetes, em que a competência percebida também se revelou preditora de um melhor controlo glicémico, entre outros estudos.

Verificou-se também uma associação entre a adesão aos medicamentos e a presença de sintomatologia do tipo depressivo e ansioso, no sentido esperado, ou seja, os participantes que relatavam níveis mais elevados de adesão, foram os que relataram também menos sintomas de perturbação emocional. No estudo da doença crónica, está já bastante documentada a relação entre a adesão medicamentosa e o *distress*, sendo esperado que uma pessoa que se encontre ansiosa ou deprimida se sinta menos motivada ou capaz para se autocuidar e gerir um possível regime terapêutico (DiMatteo et al., 2000; Lin et al., 2004; Restrepo et al., 2008; Qian et al., 2014). Tanto os sintomas do tipo depressivo, como os sintomas ansiosos, comprometem também os processos cognitivos, nomeadamente a atenção e a memória, que são fundamentais para a adesão terapêutica (Sequeira, 2016).

São vários os estudos que relatam resultados semelhantes aos encontrados na presente investigação (Ciechanowski et al., 2000; Gudmundson et al., 2005; Pais-Ribeiro et al., 2007). Qian e colaboradores (2014) no seu estudo com pessoas com DPOC,

concluíram que as pessoas que sofriam também de depressão tendiam a descontinuar mais precocemente o tratamento medicamentoso, do que as pessoas sem depressão. Também DiMatteo e colaboradores (2000) e Lin e colaboradores (2004) apontam a depressão como um fator de risco independente para a redução da adesão aos tratamentos em doenças crônicas como a diabetes, a falência cardíaca e a DPOC. A depressão faz com que a pessoa negligencie quer as indicações dos profissionais de saúde, quer os regimes terapêuticos, culminando no agravamento dos sintomas respiratórios. Os mesmos autores, referem que, quanto maiores os níveis de ansiedade e depressão, menor será a adesão ao regime terapêutico. No mesmo sentido, Ng e colaboradores (2012) afirmam que as pessoas com melhor saúde mental terão uma melhor percepção da sua capacidade para efetuarem mudanças de comportamentos.

Foi ainda encontrada uma associação positiva entre a adesão aos medicamentos e o suporte social. Podemos assim afirmar que a adesão aos medicamentos na pessoa com DPOC é tanto maior quanto mais elevada for a percepção de suporte social (quer de forma global, quer considerando as suas três dimensões: suporte familiar e sócio afetivo, o sentido de controlo e o suporte financeiro). Vamos assim ao encontro, uma vez mais, dos resultados dos estudos de Almeida (2003) e Regufe (2017), com pessoas com diabetes. Resultados semelhantes foram encontrados por DiMatteo (2004), na meta-análise de 569 estudos onde se incluíam patologias como o HIV, cancro, diabetes, doença pulmonar, entre outras. Também no estudo de Pedroso e Sbardelloto (2008), em pessoas com doença renal crónica, e no estudo de Blackstock e colaboradores (2015) com pessoas com DPOC, se encontrou uma associação positiva entre adesão aos medicamentos e o suporte social.

A competência percebida associa-se à depressão de forma negativa e bastante significativa, não se tendo verificado uma associação com a ansiedade. Uma vez mais, a presença de sintomas depressivos faz com que a pessoa se sinta desmotivada, não se sinta capaz de adotar e de manter comportamentos de saúde e, por consequência, se sinta menos competente para seguir o regime de tratamento.

A competência percebida associa-se de forma positiva e significativa com o suporte social. Logo, é-nos permitido afirmar que quanto maior o suporte social, em particular o suporte financeiro, mais competente se sente a pessoa para manter o regime de tratamento. Este resultado pode ser interpretado na medida em que o poder económico, não só garante recursos materiais necessários para a gestão da doença, como proporciona uma maior percepção de controlo e segurança.

Foram ainda encontradas associações negativas entre a presença de sintomas de depressão e de ansiedade, e a percepção de suporte social, no sentido em que, quanto maiores os níveis de perturbação emocional relatados, mais baixo o suporte social percecionado pela pessoa com DPOC. Como foi já referido anteriormente, as pessoas com sintomatologia ansiosa ou depressiva tendem ao isolamento social, talvez por estarem pouco disponíveis, em termos físicos e psicológicos, para as relações

interpessoais. Nas pessoas com DPOC, o agravamento dos sintomas limita a atividade física e, consequentemente, a autonomia, dificultando a mobilidade e a capacidade para participar em atividades sociais. Está também demonstrado que um bom suporte social constitui um fator protetor da saúde mental, reduzindo a incidência de ansiedade e de depressão (Pietrukowicz, 2001; McMillen e Cook, 2003; Baptista et al., 2006; DiNicola et al., 2012).

No processo de autogestão, o suporte social assumiu um papel importante relacionado com comportamentos de adesão, sentimentos de confiança e de segurança, que podem proporcionar bem-estar e melhor ajustamento emocional.

Salienta-se também neste estudo a elevada adesão dos participantes aos medicamentos, vacinação e abstinência tabágica, e a baixa adesão a medidas não farmacológicas (exercício físico, exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento e estratégias de controlo da dispneia).

Uma novidade deste estudo é a introdução da competência percebida e o estudo da associação desta variável com a adesão terapêutica (farmacológica e não farmacológica), e com os conhecimentos acerca da técnica inalatória. Ao estudar estas associações detetamos uma discrepância entre a confiança que os participantes referem na sua capacidade para cumprirem o tratamento e a não concretização desta capacidade na adesão a medidas não farmacológicas, bem como nos conhecimentos da técnica inalatória. Assim sendo, apesar dos níveis elevados de competência percebida, existem aspetos do regime terapêutico que estão comprometidos e que podem concorrer para o agravamento da condição de saúde dos participantes.

Destaca-se também, neste estudo, o número elevado de participantes com sintomatologia ansiosa e depressiva, traduzindo presença de perturbação emocional, o que pode constituir um sinal de alerta para a necessidade de intervenção no âmbito da saúde mental das pessoas com DPOC.

Na leitura destes resultados é, no entanto, importante atender ao facto do estudo apresentar algumas limitações. Desde logo o número reduzido de participantes e a impossibilidade de formar grupos com representatividade, nomeadamente em relação ao sexo e à escolaridade, o que não permitiu explorar a possível influência destas variáveis, importantes para estudar o processo de autogestão. O facto de a DPOC não estar estadiada na maioria dos participantes, limitou também o estudo das relações entre as variáveis clínicas, as variáveis sociodemográficas e as variáveis principais do estudo. Acresce que a comparação dos nossos resultados com outros estudos nem sempre foi possível, em virtude do número reduzido de estudos com as mesmas variáveis estudadas (ou conceitos idênticos). Este último ponto vem, no entanto, realçar o carácter inovador deste estudo, que face aos resultados encontrados, parece constituir uma área importante na compreensão dos processos de autogestão nas pessoas com DPOC.

Os resultados deste estudo permitem melhorar o conhecimento sobre o processo de autogestão da pessoa com DPOC e orientar uma prática de enfermagem para intervenções no domínio da promoção dos conhecimentos e treino das competências, contemplando ainda a identificação e tratamento de perturbação emocional. É desta forma, possível ajudar as pessoas a melhor gerirem a sua doença e o regime terapêutico, e integrar as limitações e implicações da doença na sua vida, mantendo níveis de satisfação e bem-estar.



## CONCLUSÃO

Nas concepções mais atuais de cuidados de saúde, é atribuído à pessoa um papel ativo na gestão dos seus processos de saúde e doença, nomeadamente, nas atividades de autocuidado, na procura e adoção de comportamentos promotores de saúde e bem-estar, na adaptação à doença e gestão das repercussões desta última no quotidiano familiar, social, profissional e económico. Por sua vez, os enfermeiros devem atuar como agentes promotores e facilitadores do desenvolvimento da autonomia nas pessoas que cuidam, nomeadamente através da implementação de intervenções de enfermagem destinadas a promover a autogestão da doença (DGS, 2012). As ações desenvolvidas devem servir-se da melhor evidência nos diferentes domínios do conhecimento, devem ser individualizadas, atendendo à singularidade de cada pessoa, sistemáticas, facilmente integráveis e exequíveis em diferentes contextos clínicos, bem como, contemplar a participação multidisciplinar e multiprofissional.

Neste sentido, no âmbito do estudo das doenças crónicas, a DPOC representou o foco de atenção do presente trabalho de investigação, onde se procurou conhecer o processo de autogestão na pessoa com DPOC. Finda a análise e a discussão dos resultados obtidos, iremos agora abordar as suas implicações para a prática clínica.

Este estudo desperta a atenção dos profissionais de saúde para áreas de intervenção em contexto de cuidados de saúde, de forma a suportar uma prática profissional promotora da autogestão e, simultaneamente, do bem-estar e da qualidade de vida nesta população. Lança igualmente desafios para investigações futuras, em continuidade ao estudo desenvolvido no âmbito desta tese de mestrado.

Nos resultados deste estudo, destacam-se de forma positiva, a boa perceção da pessoa com DPOC sobre o seu suporte social, o sentimento de competência para manter o regime de tratamento da DPOC e a boa adesão ao regime medicamentoso. No entanto, foram também encontrados resultados que refletem aspetos menos positivos e que pelas suas possíveis implicações no processo de autogestão da pessoa com DPOC, carecem de uma intervenção planeada e urgente.

Iniciamos pelo número significativo de pessoas com DPOC que apresentam níveis de ansiedade e de depressão ligeira, moderada e grave, sendo que apenas oito destas pessoas, estão a ser medicadas para a ansiedade e sete pessoas estão medicadas para a depressão. De igual modo, emergiu a problemática da insónia que afeta a grande maioria dos participantes e que, à semelhança da situação anterior, se encontra

submedicada. Ressalva-se também a baixa adesão às medidas não farmacológicas e o uso incorreto dos inaladores que, consequentemente comprometem a eficácia dos planos terapêuticos instituídos. Neste âmbito, emergem necessidades de cuidados de enfermagem centrados na perturbação emocional, nos conhecimentos sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas, e no treino da técnica inalatória.

Às pessoas que não têm capacidade para a assunção de um papel ativo na autogestão da sua condição crónica, por motivos físicos e/ou cognitivos, torna-se necessário delimitar um conjunto de intervenções com o propósito de assegurar os cuidados que necessitem, pelo que, pode ser necessário a inclusão de um prestador de cuidados devidamente capacitado para o desempenho do papel, passando esta pessoa a ser o alvo da atenção dos enfermeiros.

Considerando também a escassa investigação em torno de duas das variáveis principais deste estudo (suporte social e competência percebida), sugere-se a necessidade de mais estudos destas variáveis na população com DPOC. Propõem-se ainda estudos de cariz qualitativo ou observacional, com o propósito de ampliar conhecimentos sobre algumas das variáveis já aqui abordadas, servindo a insónia e a vivência do período noturno como exemplos.

Por último, sugerem-se novos estudos que contemplem outras variáveis que, de igual forma, possam enriquecer ainda mais o conhecimento sobre a autogestão na pessoa com DPOC. Para que a pessoa se envolva e comprometa na autogestão da sua doença, necessita de receber apoio profissionalizado. Por este motivo, seria importante conhecer o tipo de suporte proporcionado pelos profissionais de saúde (diretivo ou autónomo) junto da pessoa com DPOC. Dirigir um estudo com o propósito de conhecer as intervenções de enfermagem junto da pessoa com DPOC em termos de conhecimentos e treino de habilidades também se revelaria pertinente.

Pelo sucesso já demonstrado em outras doenças crónicas, o desenvolvimento de programas de gestão da doença e do regime terapêutico, dirigidos à pessoa com DPOC, em Portugal seria, sem qualquer dúvida, benéfico para promover o empoderamento, o qual é imprescindível para garantir um processo de autogestão da doença eficaz.

Consideramos o presente estudo pertinente, atual, exequível e facilmente reproduzível em outros contextos (cuidados de saúde primários, consultas de enfermagem de pneumologia, entre outras). Apesar das limitações identificadas no desenvolvimento do estudo, pensamos ter atingido os objetivos inicialmente propostos.

O estudo configura-se como um ponto de partida para a evolução do conhecimento na área da autogestão na doença crónica. Neste contexto, foram avançadas propostas para novos estudos e apresentadas potenciais intervenções de enfermagem para dar resposta a problemas concretos, identificados junto das pessoas com DPOC.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDOOL-GAFFAR, M., et al. Guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *South African Medical Journal* [Em linha]. 2011, vol. 101, nº 1, pp. 63-73. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21526617>

AGUSTI, A., et al. Night-time symptoms: a forgotten dimension of COPD. *European Respiratory Review* [Em linha]. 2011, vol. 20, nº 121 [consult. 4 junho 2017]. Disponível em: <http://err.ersjournals.com/content/20/121/183>

AL-JAHDALI, H., et al. Improper inhaler technique is associated with poor asthma control and frequente emergency department visits. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*. [Em linha]. 2013, vol. 9, nº1. [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3605255/>

ALMEIDA, J. *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com Diabetes Tipo 1* [Em linha]. Braga: Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, 2003. Tese de Doutoramento [consult. 5 abril 2017]. Disponível em: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10577/1/Tese\\_Doutoramento\\_Paulo\\_Almeida.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10577/1/Tese_Doutoramento_Paulo_Almeida.pdf)

ALMEIDA, J. *Ansiedade, Depressão e Stress em Doentes com Dor Crónica* [Em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2014. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/13270/1/Tese.pdf>

ALMEIDA, M. *Motivação e comportamento de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade* [Em linha]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, Universidade do Porto, 2013. Tese de Doutoramento [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=575379](https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=575379)

ALMEIDA, M. e RIBEIRO, J. Self-Determination Theory and Pysical Exercise: Adaptation of two questionnaires to Portuguese population. In: *12th International Conference on Motivation*, Porto, 2010. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editor, 2002.

ANDERSON, R. e FUNNELL, M. Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling* [Em linha]. 2010, vol. 79, pp. 277 - 282. [consult. 21 abril 2017] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879465/>

AYDEMIR, Y. Assessment of te factos affecting the failure to use inhalaer devices before and after training. *Respiratory medicine* [Em linha]. 2015, vol. 109, nº 4, pp. 451-458 [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(15\)00074-8/fulltext](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(15)00074-8/fulltext)

BADGER, T., et al. Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing Research* [Em linha]. 2007, vol. 56, nº1, pp. 44-53. [consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17179873>

BANDURA, A. *Self-efficacy : The exercise of control*. USA: W.H. Freeman, 1997.

BAPTISTA, M., BAPTISTA, A. e TORRES, E. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora* [Em linha]. 2006, vol. 7, nº 1, pp. 39-48. [consult. 24 março 2017]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>

BARLOW, J., et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling* [Em linha]. 2002, vol. 48, nº 2, pp. 177-187. [consult. 12 maio 2017]. Disponível em: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(02\)00032-0/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(02)00032-0/abstract)

BARLOW, J. e ELLARD, D. Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development* [Em linha]. Novembro 2004, vol. 30, nº 6, pp. 637-645. [consult. 10 outubro 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2004.00474.x/full>

BARRIGA, S. *Factores que Influenciam a Actividade Física na Vida Diária dos Doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2010. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/5566/1/Barriga%20Susana%20TM%202010.pdf>

BLACSTOCK, F., et al. Why Don't Our Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Listen to Us? The Enigma of Nonadherence. *Annals of the American Thoracic Society* [Em linha]. 2015, vol.13, nº 3, pp. 317-323 [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/10.1513/AnnalsATS.201509-600PS>

BODENHEIMER, T., et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *The Journal of the American Medical Association* [Em linha]. 2002, vol. 288, nº 19, pp. 2469-2475. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/11032983\\_Patient\\_Self-Management\\_of\\_Chronic\\_Disease\\_in\\_Primary\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/11032983_Patient_Self-Management_of_Chronic_Disease_in_Primary_Care)

BORGE, C., et al. Effects of controlled breathing exercises and respiratory muscle training in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from evaluating the quality of evidence in systematic reviews. *BMC Pulmonary Medicine* [Em linha] 2014, vol. 14, nº 184. [consultado em 2015-01-10] Disponível em: <https://bmcpulmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2466-14-184>

BOTT J., et al. Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. *Thorax* [Em linha]. 2008, vol. 64, nº 1. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: [http://thorax.bmj.com/content/64/Suppl\\_1/i1](http://thorax.bmj.com/content/64/Suppl_1/i1)

BOURBEAU, J. e BARLETT, S. Patient adherence in COPD. *Thorax*. [Em linha]. 2008, vol. 63, nº 9, pp. 831-838 [consult. 4 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747423/>

BRANCO, C. *Alexitimia, qualidade de vida, ansiedade e depressão na doença inflamatória intestinal* [Em linha]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2008. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23357/2/29726.pdf>

BRITO, A. *A reconstrução da autonomia apos um evento gerador de dependência no autocuidado - uma teoria explicativa* [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Universidade do Porto, 2012. Tese de Doutoramento [consult. 5 abril 2017]. Disponível em: [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese\\_alicebrito\\_reconstrucao\\_autonomia\\_autocuidado.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf)

BROCKLEBANK, D., et al. Comparison of the effectiveness of inhaler devices in asthma and chronic obstructive airways disease: a systematic review of the literature. *Health Technology* [Em linha]. 2001, vol. 5, nº 16. [consult. 3 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11701099>

- BRYANT, J., et al. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Respiratory Research* [Em linha]. 2013, vol. 14, nº 1, pp. 109 [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015036/>
- BUGALHO, A. e CARNEIRO, A. Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas [Em linha]. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 2004, pp.9. [consult. 19 setembro 2017] Disponível em: <http://cembe.org/avc/docs/NOC%20deAdes%C3%A3o%20a%20Patologias%20Cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf>
- BUIST, A., et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* [Em linha]. 2007, vol. 370, nº 9589, pp. 741-750. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61377-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61377-4/fulltext)
- BUSSE, R., et al.. *Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges*. [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. [consult. 19 junho 2017]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf)
- CATALUÑA, J. e GARCIA, M. Prognostic Factors in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Archivos de Bronconeumología*. [Em linha]. 2007, vol. 43, nº 12, pp. 680-691. [consult. 10 outubro 2017]. Disponível em: <http://www.archbronconeumol.org/es/factores-pronosticos-epoc/articulo/13112967/>
- CHAPMAN, K., VOSHAAR, J. e VORCHOW, J. Inhaler choice in primary practice. *European Respiratory Review* [Em linha]. 2005, nº 14, pp. 117-122. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: <http://err.ersjournals.com/content/14/96/117>
- CHARLES, M., et al. Adherence to controller therapy for chronic obstructive pulmonary disease: a review. *Current Medical Research and Opinion* [Em linha]. 2010, nº 26, pp. 2421-2129. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1185/03007995.2010.516284?journalCode=icmo20>
- CHATZISARANTIS, N., et al. A meta-analysis of perceived locus of causality in exercise, sport, and physical education contexts. *Journal Of Sport & Exercise Psychology* [Em linha]. 2003, vol. 25, nº 3, pp. 284-306. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <https://journals.humankinetics.com/doi/abs/10.1123/jsep.25.3.284>
- CHEN, Z., et al. Association Between Social Support and Physical Activity in Patients With COPD. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [Em linha]. 2014, vol. 189. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: [https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm-conference.2014.189.1\\_MeetingAbstracts.A2451](https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm-conference.2014.189.1_MeetingAbstracts.A2451)
- CHORÃO, P., PEREIRA, A. e FONSECA, J. Inhaler devices in asthma and COPD - Na assessment of inhaler technique and patient preferences. *Respiratory Medicine* [Em linha]. 2014, vol. 108, nº 7, pp. 968-975. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611114001668>
- CIECHANOWSKI, P., KATON, W. e RUSSO, J. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine* [Em linha]. 2000, vol. 160, nº 21, pp. 3278-3285. [consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11088090>
- CLARKE, D. e CURRIE, K. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia* [Em linha]. 2009, vol. 190, nº 7, pp. 54-60. [consult. 3 junho 2017]. Disponível em: [http://www.mja.com.au/system/files/issues/190\\_07\\_060409/cla10974\\_fm.pdf](http://www.mja.com.au/system/files/issues/190_07_060409/cla10974_fm.pdf). WWW: <

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* [Em linha]. 1976, vol. 38, nº 5, pp. 300-314. [consult. 21 abril 2017] Disponível em: [https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1976/09000/Social\\_Support\\_as\\_a\\_Moderator\\_of\\_Life\\_Stress.3.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx)

COCHRANE, M., et al. Inhaled corticosteroids for asthma therapy: patient compliance, devices, and inhalation technique. *Chest*. [Em linha]. 2000, vol. 117, nº 2, pp. 542-550. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10669701>

COHEN, J. W. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2ª ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1998.

COLEMAN M, e NEWTON K. Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*. [Em linha]. 2005, vol. 72, nº 8, pp. 1503-1510. [consult. 21 junho 2017]. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2005/1015/p1503.html>

COVENTRY, P., et al. The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS* [Em linha]. 2013, vol. 8, nº 4. [consult. 22 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621386/>

CRINER, G., et al. Prevention of Acute Exacerbations of COPD. *Chest Journal*. [Em linha]. 2015, vol. 147, nº 4, pp. 894 - 942. [consult. 9 fevereiro 2017] Disponível em: [http://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)38941-8/fulltext](http://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)38941-8/fulltext)

CROMPTON, G., et al. The need to improve inhalation technique in Europe: a report from the Aerosol Drug Management Improvement Team. *Respiratory Medicine* [Em linha]. 2006, vol. 100, nº 9, pp. 1497-1494. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(06\)00015-1/fulltext](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(06)00015-1/fulltext)

CULLY, J., et al. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatics* [Em linha]. Julho-Agosto, 2006, vol. 47, nº 4, pp. 312-319. [consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16844889>

DANTAS, R., PELEGRINO, V. e GARBIN, L. Avaliação do suporte social e sua relação com variáveis sócio-demográficas de pacientes em insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Ciência, Cuidado e Saúde*. [Em linha]. 2007, vol. 6, pp. 456-462. [consult. 23 abril 2017]. Disponível em: <http://educem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/3680/2683>

DANTIC, D. A critical review of the effectiveness of “teach-back” technique in teaching COPD patients self-management using respiratory inhalers. *Health Education Journal* [Em linha]. 2014, vol. 73, nº 41, pp. 41-50. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0017896912469575>

DECRAMER, M. e COOPER, C. Treatment of COPD: the sooner the better? *BMJ Open Respiratory Research* [Em linha]. 2010, vol. 65, nº 9. [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: <http://thorax.bmj.com/content/65/9/837>

DESSEN, M. e BRAZ, M. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filios. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Em linha]. 2000, vol. 6, nº 3. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722000000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000300005)

DIMATTEO, M. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*. [Em linha]. 2004, vol. 23, nº 2, pp.207-218. [consult. 24 março 2017]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c3a7/33746dfadedd2a0bbc1f7c22274022f60c95.pdf>

DIMATTEO, M., LEPPER, H. e CROGHAN, T. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*. [Em linha]. Julho, 2000, vol. 160, nº

14, pp. 2101-2107 [consult. 11 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10904452>

DINICOLA, G., et al. The Role of Social Support in Anxiety for Persons with COPD. *Journal of Psychomatic Research*. [Em linha]. 2013, vol. 74, nº 2, pp. 110-115. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3552252/>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2005. [consult. 9 fevereiro 2017] Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-chronica-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão Resumo* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2012. [consult. 9 fevereiro 2017] Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016-versaoresumo\\_mai20133.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016-versaoresumo_mai20133.pdf)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa Nacional Para As Doenças Respiratórias 2012-2016* [Em linha]. 2ª ed. Lisboa: DGS, 2013. [consult. 9 fevereiro 2017] Disponível em: [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiExJm2g7vVAhVIWRoKHSiGBvgQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fprograma-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pdf.aspx&usq=AFQjCNG-2FtDhceHQqWEN\\_fm9Znk16krMQ](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiExJm2g7vVAhVIWRoKHSiGBvgQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fprograma-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pdf.aspx&usq=AFQjCNG-2FtDhceHQqWEN_fm9Znk16krMQ)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Portugal - Idade Maior em Números- 2014. A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2014. [consult. 9 fevereiro 2017] Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Portugal Doenças Respiratórias em Números - 2015. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2016. [consult. 9 fevereiro 2017] Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-20151.aspx>

DOLOVICH, M. Aerosol delivery devices and airways/lung deposition. In: *Drug Delivery to the Lung*. New York: Marcel Dekker, 2002, nº 162, pp. 169-205.

DU, S. e YUAN, C. Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. *International Nursing Review* [Em linha]. 2010, vol. 57, nº 2, pp. 159-167. [Consult. 1 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579149>

DURY, R. COPD and emotional distress: not always noticed and therefore untreated. *British Journal Of Community Nursing* [Em linha]. 2016, vol. 21, nº 3, pp. 138-141. [consult. 8 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26940616>

ESPANHOL, R. *DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* [Em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Universidade do Porto, 2011. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2462/3/TM\\_17130.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2462/3/TM_17130.pdf)

FASTENAU, A., et al. Efficacy of a physical exercise training programme COPD in primary care: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* [em linha] 2014, nº 14 (consultado em. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4246559/>

FERNANDES, A. e BEZERRA, O. Terapia nutricional na doença pulmonar obstrutiva crônica e suas complicações nutricionais. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Em linha]. 2006, vol. 32, nº 5. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132006000500014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000500014)

FERREIRA, M. *Adaptação à lesão vertebro-medular: influência da felicidade, sentido de vida, suporte social, depressão e coping na qualidade de vida*. [Em linha]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2012. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67768/2/29906.pdf>

FERREIRA, M. e GUERRA, M. Adaptação à lesão vertebro-medular. *Scielo Portugal* [Em linha]. Lisboa, 2014 [consult. 19 março 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862014000200005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200005)

FLEURY, M. e FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea* [Em linha]. 2001, vol. 5, pp.183-196. [consult. 14 outubro 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65552001000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010)

FODA, H., et al. Inverse relationship between nonadherence to original GOLD treatment guidelines and exacerbations of COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Em linha]. 2017, vol.12, pp. 209-214. [consult. 4 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5230726/>

FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FOSTER, C. et al. The NCRI Cancer Experiences Collaborative: Defining Self Management. In: *European Oncology Nursing Society*. [Em linha]. 2007, vol. 11, n.º 4, pp. 295-297. [consult. 10 janeiro 2017] Disponível em: [http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(07\)00100-7/fulltext](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(07)00100-7/fulltext)

GABRIEL, R. et al. Day-to-day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: towards a family-based approach to the illness impacts. *Psychology Health* [Em linha]. 2014, vol. 29, n.º 8, pp. 967-983. [consult. 20 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24617821>

GALE, J. e SKOUTERIS, H. Health Coaching: Facilitating Health Behaviour Change for Chronic Condition Prevention and Self-Management. In: *Applied Topics in Health Psychology* [Em linha]. Malásia: John Wiley & Sons, Ltd, 2013. pp. 15-22. [consult. 20 fevereiro 2017]. Disponível em: [https://www.physiotherapy.asn.au/DocumentsFolder/CONFERENCE%202013/Educators%20-%20Gale%20%20Skouteris%20Chapter%202013%20A4%20\(3\).pdf](https://www.physiotherapy.asn.au/DocumentsFolder/CONFERENCE%202013/Educators%20-%20Gale%20%20Skouteris%20Chapter%202013%20A4%20(3).pdf)

GARRET, S. *Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes Factores Motivacionais* [Em linha]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, Universidade do Porto, 2008. Tese de Mestrado [consult. 3 junho 2017]. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=565233](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=565233)

GIGLIOTTI F., ROMAGNOLI, I. e SCANO, G. Breathing retraining and exercise conditioning in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a physiological approach. *Respiratory Medicine* [Em linha]. 2003, vol. 97, pp. 197-204 [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095461110391434X>

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. *A Pocket Guide for Health Professionals Update 2017* [Em linha]. GINA, 2015. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: [http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Enseignement/Guides\\_d\\_accueil/externes/Asthme\\_GINA\\_2017.pdf](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Enseignement/Guides_d_accueil/externes/Asthme_GINA_2017.pdf)

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2006* [Em linha]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc., 2006 [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/respiratory/copd/GOLD\\_WR\\_06.pdf](http://www.who.int/respiratory/copd/GOLD_WR_06.pdf)

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Spirometry for health care providers* [Em linha]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc.,

2010. [consult. 12 dezembro 2017]. Disponível em: [http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/ABD\\_Spirometry\\_2010.pdf](http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/ABD_Spirometry_2010.pdf)

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2014 [Em linha]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc., 2014 [consult. 21 maio 2017]. Disponível em: <http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/gold-2014.pdf>

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Pocket Guide to COPD diagnosis, management and prevention A Guide for Health Care Professionals Updated 2015* [Em linha]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc., 2017 [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: [http://www.neumo-argentina.org/images/guias\\_consensos/gold\\_pocket\\_2015.pdf](http://www.neumo-argentina.org/images/guias_consensos/gold_pocket_2015.pdf)

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2016* [Em linha]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc., 2017 [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/>

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention A Guide for Health Care Professionals 2017 Report* [Em linha]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc., 2017 [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>

GOSSELINK, R. Breathing techniques in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Chronic Respiratory Disease* [Em linha]. 2004. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/1479972304cd020rs>

GRUPO DE ESTUDOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. *Respirar mais- Técnica Inalatória*. [Em linha]. 2015. [consult. 18 dezembro 2017]. Disponível em: <https://sites.google.com/site/respirarmais/resources>.

GUDMUNDSSON, G., et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *European Respiratory Journal* [Em linha]. Setembro, 2005, vol. 26, nº 3, pp. 414-419 [consult. 12 abril 2017]. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/26/3/414>

GUDMUNDSSON, G., et al. Mortality in COPD patients discharged from hospital: the role of treatment and co-morbidity. *Respiratory Research* [Em linha]. 2006, vol. 7, nº 1. [consult. 20 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560381>

GUERRA, M. Uma escala de avaliação do suporte social: sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. *Avaliação psicológica: Formas e Contextos*. 1995, vol.3, pp. 25-34.

GUIMARÃES, F. *Sintomas Depressivos e Ansiosos na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Prevalência e Fatores Associados*. [Em linha]. Braga: Universidade do Minho, 2012. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/1.%C2%BA%20Tri%C3%A9nio%202009-2011/Estudos%20Conclu%C3%ADdos/Ficheiros/Parecer\\_54\\_2011\\_Relatorio.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/1.%C2%BA%20Tri%C3%A9nio%202009-2011/Estudos%20Conclu%C3%ADdos/Ficheiros/Parecer_54_2011_Relatorio.pdf)

HALDING, A. e GROV, E. Self-rated health aspects among persons living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Em linha]. 2017, nº 12, pp- 1163-1172. [consult. 12 dezembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396837/>

HANANIA, N. e DONOHUE, J. Pharmacologic Interventions in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *ATS Journals* [Em linha]. 2007, vol. 4, nº 7 [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/cgi/doi/10.1513/pats.200701-016FM>

HANANIA, N., *et al.* Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonar disease cohort. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [Em linha]. 2011, vol. 183, pp. 604-611. [consult. 3 abril 2017]. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201003-0472OC>

HAUSER, S. *et al.* Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu. *Journal of Pediatric Psychology*. 1990, Vol.15, pp.527-542.

HENOCH, I., *et al.* Management of COPD, equal treatment across age, gender, and social situation? A register study. *International Journal Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Em linha]. 2016, nº 11, pp. 26812690. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5087793/>

HOCKENBURY, D. e HOCKENBURY, S. *Descobrimos a Psicologia*. São Paulo: Edições Manole. 2003.

HOLDEN, L., *et al.* Psychological distress is associated with a range of high-priority health conditions affecting working Australians. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* [Em linha]. 2010, nº 34, pp. 304-310. [consult. 3 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618274>

HOLM, K., *et al.* Family factors are associated with psychological distress and smoking status in chronic obstructive pulmonary disease. *General Hospital Psychiatry* [Em linha]. Outubro 2010, vol. 32, nº 5, pp. 492-498. [consult. 3 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943490/>

HOLMAN, H. e LORIG, K. Patient self-management: A key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Reports*. [Em linha]. Washington, D.C., 2004, vol. 119, nº 3, pp. 239-243. [consult. 24 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497631/>

HUGHES, S. Promoting self-management and patient independence. *Nursing Standard*. 2004, vol. 19, nº 10, pp. 47-52.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Classificação Portuguesa das Profissões 2010* [Em linha]. Lisboa: INE, 2011 [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=107962055&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107962055&att_display=n&att_download=y)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Retrato territorial de Portugal, 2009, parte II, Sustentabilidade Demográfica dos Territórios*. [Em linha]. Lisboa: INE, 2011. [consult. 8 fevereiro 2017]. Disponível em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=118943349&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=118943349&att_display=n&att_download=y)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Projeções da população residente 2015-2080. Destaque - Informação à Comunicação Social* [Em linha]. Lisboa: INE, 2017, pp. 1-19 [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=289229688&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y)

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2013*. Geneva: ICN, 2011, pp. 39.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2014*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2016.



INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão 2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2016.

JÁCOME, C., et al. Anxiety and depression in Portuguese patients with chronic obstructive pulmonary disease: a multicentre cross-sectional study. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Família* [Em linha]. 2015, nº 31, pp. 24-32. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11428/11148>

JENNINGS, J., et al. The association between depressive symptoms and acute exacerbations of COPD. *Lung* [Em linha]. Abril, 2009, vol. 187, nº 2, pp. 128-135. [consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00408-009-9135-9>

JUNG, E., et al. Medication adherence and persistence in the last year of life in COPD patients. *Respiratory Medicine* [Em linha]. 2009, vol. 103, nº 4, pp. 525-534. [consult. 1 junho 2017]. Disponível em: [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(08\)00397-1/fulltext](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(08)00397-1/fulltext)

KANKAANRATA, H., et al. Diagnosis and Pharmacotherapy of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Finnish Guidelines. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* [Em linha]. 2015, vol. 116, nº 4, pp.291-307. [consult. 22 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4409821/>

KARAKURT, P. e ÜNSAL, A. Fatigue, anxiety and depression levels, activities of daily living of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Practice* [Em linha]. Abril, 2013, vol. 19, nº 2, pp. 221-231. [consult. 1 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23577980>

KATZ, P. et al. The impact of disability on depression among individuals with COPD. *Chest* [Em linha]. Abril 2010, vol. 137, nº 4, pp. 838-845. [consult. 3 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851560/>

KEIL, D., et al. With the strength to carry on. *Chronic Respiratory Disease* [Em linha]. 2017, vol. 14, nº 1, pp. 11-21. [consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5720208/>

KENNEDY, S., GOGGIN, K. e NOLLEN, N. Adherence to HIV Medications: Utility of the Theory of Self-Determination. *Cognitive Therapy and Research* [Em linha]. 2004, vol. 28, nº 5, pp. 611-628. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: [http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2004\\_Kennedy%20et%20al\\_HIV%20adherence.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2004_Kennedy%20et%20al_HIV%20adherence.pdf)

KIM, H., et al. Functional impairment in COPD patients - The impact of anxiety and depression. *Psychosomatics* [Em linha]. 2000, vol. 41, nº 6, pp. 465-471. [consult. 12 março 2017].Disponível em: [http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182\(00\)70563-9/fulltext](http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(00)70563-9/fulltext)

KRALIK, D., et al. Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing* [Em linha]. 2004, vol. 13, nº 2, pp. 259-267. [consult. 1 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14723679>

KSHATRIYA, R., et al. Evaluation of proficiency in using different inhaler devices among intern doctors. *Journal of Family Medicine and Primary Care* [Em linha]. 2016, vol. 5, nº 2, pp. 362-366. [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5084562/>

KUNIK, M., et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* [Em linha]. 2005, nº 127, pp.1205-1211. [consult. 26 abril 2017]. Disponível em: [http://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)34468-8/fulltext](http://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)34468-8/fulltext)

LAREAU, S. e YAWN, B. Improving adherence with inhaler therapy in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Em linha]. 2010, nº 5,

pp. 401-406 [consult. 1 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3008325/>

LAVORINI, F., FONTANA, G. e USMANI, O. New Inhaler Devices - The Good, the Bad and the Ugly. *Respiration* [Em linha]. 2014, vol. 88, pp. 3-15. [consult. 18 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/363390>

LAZARUS, R. e FOLKMAN, S. Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In: *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives*. Nova Iorque: Plenum, 1986, pp. 63-80.

LIMA, L., et al. Perfis de ajustamento psicossocial em adultos de mais idade. In: Fórum Internacional de Autocuidado, Porto, 2016.

LIN, E., et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*. [Em linha]. 2004, nº 27, pp. 2154-2160. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/27/9/2154.long>

LORIG, K. Self-management of chronic illness: A model for the future. *Generations*. 1993, vol. 17, nº 9.

LORIG K. e HOLMAN H. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. In: *Annals Behavioral Medicine*. [Em linha]. Stanford University School of Medicine, 2003, vol. 26, nº 1, pp. 1-7. [consult. 19 janeiro 2017] Disponível em: [https://link.springer.com/article/10.1207/S15324796ABM2601\\_01](https://link.springer.com/article/10.1207/S15324796ABM2601_01)

MACHADO, M. *Adesão ao Regime Terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* [Em linha]. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2009. Tese de Mestrado [consult. 18 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>

MALHEIRO, M. *Efeito de um programa de educação para a autogestão em jovens com Spina Bifida: desafios para a Enfermagem* [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2015. Tese de Doutoramento. [consult. 5 abril 2017]. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20479/1/ulsd071551\\_td\\_Maria\\_Malheiro.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20479/1/ulsd071551_td_Maria_Malheiro.pdf)

MARKS, D., et al. *Health psychology*. Theory, Research and Practice. Londres: Sage Publications. 2000.

MARQUES-TEIXEIRA, J. Comorbilidade: depressão e ansiedade. *Revista Saúde Mental* [Em linha]. 2001, vol. 3, nº 1. [consult. 18 janeiro 2018]. Disponível em: [http://www.saude-mental.net/pdf/vol3\\_rev1\\_artigo1.pdf](http://www.saude-mental.net/pdf/vol3_rev1_artigo1.pdf)

MATOS, A. *Ansiedade, depressão e coping na dor crónica* [Em linha]. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, 2012. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3360/3/DM\\_16676.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3360/3/DM_16676.pdf)

MAURER, J. et al. Anxiety and Depression in COPD: Current Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs. *Chest* [Em linha]. 2008, vol.34, nº 4, pp- 43S-56S. [consult. 5 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2849676/>

MCCARTHY, M., et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database System Review* [Em linha]. 2015, vol. 23, nº 2. [consult. 12 dezembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25705944>

MCMILLEN, J. e COOK, C. The positive by-products of spinal cord injury and their correlates. *Rehabilitation Psychology* [Em linha]. 2003, vol. 48, nº 2. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/record/2003-02988-004>

MCNALLY, S. e NEWMAN, S. Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research* [Em linha]. 1999, nº 46, pp. 309-314. [consult. 21 abril 2017] Disponível em: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(98\)00110-X/pdf](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(98)00110-X/pdf)

MEDINA, J., et al. *Diabetes Mellitus: 25 perguntas frequentes*. Lisboa: Permanyer Portugal, 2010.

MELANI, A., et al. Inhalation technique and variables associated with misuse of conventional metered-dose inhalers and newer dry powder inhalers in experienced adults. *Annals of Allergy, Asthma e Immunology* [Em linha]. 2004, nº 93, pp. 439,446. [consult. 22 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15562882>

MELANI, A., et al. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respiratory Medicine* [Em linha]. 2011, vol. 105, nº 6, pp. 930-938. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(11\)00009-6/fulltext](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(11)00009-6/fulltext)

MELEIS, A., et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, nº1, pp. 12-28.

MESQUITA, S., et al. Dispositivos para terapêutica inalatória na criança. *Nascer e crescer* [Em linha]. 2004, vol. 13, nº 2. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: <http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/junho2004/Dispositivos%20E2%80%A6terapeuti.sep.pdf>

METCALF, C. Stoma Care: empowering patients through teaching practical skills. *British Journal of Nursing*. [Em linha]. 1999, vol. 8, nº 9. [consult. 10 outubro 2017]. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjon.1999.8.9.6621>

MILHOMENS, R. *Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão e sua correlação com a intensidade de dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva* [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2015. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23754/1/10917\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23754/1/10917_Tese.pdf)

MIRAVITLLES, M., et al Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respiratory Research* [Em linha]. 2014, vol.5, nº1, pp. 122. [consult. 4 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220061/>

MOTA, P. *Depressão e Ansiedade em Doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Implicações na Adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração*. [Em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade do Porto, 2013. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9463/1/Patricia%20Mota\\_Depress%C3%A3o%20e%20Ansiedade%20em%20Doentes%20com%20DPOC\\_Implica%C3%A7%C3%B5es%20na%20ades%C3%A3o%20%C3%A0%20OLD.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9463/1/Patricia%20Mota_Depress%C3%A3o%20e%20Ansiedade%20em%20Doentes%20com%20DPOC_Implica%C3%A7%C3%B5es%20na%20ades%C3%A3o%20%C3%A0%20OLD.pdf)

MURHY, A. How to help patients optimise their inhaler technique. *The Pharmaceutical Journal* [Em linha]. 2016. [consult. 4 novembro 2017]. Disponível em: [http://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/how-to-help-patients-optimise-their-inhaler-technique/20201442.article#fn\\_3als/jamainternalmedicine/fullarticle/411434](http://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/how-to-help-patients-optimise-their-inhaler-technique/20201442.article#fn_3als/jamainternalmedicine/fullarticle/411434)

NEWBOULD, J., Taylor, D. e BURY, M. Lay-led self-management in chronic illness: a review of the evidence. *Chronic Illness* [Em linha]. 2006, vol. 2, nº 4, pp. 249-261. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17212872>

NEWMAN, S., STEED, L. e MULLIGAN, K. Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet* [Em linha] 2004, vol. 364, nº 9444, pp. 1523-1537. [consult. 5 janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15500899>.

NG, T., et al. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease - Effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Archives of Internal Medicine* [Em linha]. 2007, nº 167, pp. 60-67. [consult. 12 março 2017]. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/411434>

NOLTE, E. e McKEE, M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. In: *European Observatory on Health Systems and Policies* [Em linha]. Inglaterra: McGraw-Hill Open University Press, 2008 [consult. 9 fevereiro 2017]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96468/E91878.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf)

NOLTE, S. e OSBORNE, R. A systematic review of outcomes of chronic disease self-management interventions. *Quality of Life Research* [Em linha]. 2013, vol. 22, nº 7, pp. 1805-1816. [consult. 5 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111571>

NOLTE, S., et al. Measurement issues in the evaluation of chronic disease self-management programs. *Quality of Life Research* [Em linha]. 2013, vol. 22, nº 7, pp. 1655- 1664. [consult. 5 abril 2017]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23161330>>.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. 11º Relatório Prevenir as Doenças Respiratórias Acompanhar e Reabilitar os Doentes [Em linha]. Lisboa 2016 [consult. 3 maio 2017]. Disponível em: [http://www.ondr.pt/11\\_Relatorio\\_ONDR.pdf](http://www.ondr.pt/11_Relatorio_ONDR.pdf)

OMACHI, T., et al. Depression and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Medicine* [Em linha]. Agosto, 2009, vol. 122, nº 8, pp. 778-795. [consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724315/>

OREM, D. *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson- Salvat. 1993. ISBN 84-458-0092-2

PADILHA, J. Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia* [Em linha]. 2010, vol. 16, nº 4 [consult. 4 junho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/pne/v16n4/v16n4a10.pdf>

PADILHA, J. *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação* [Em linha]. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Universidade do Porto, 2013. Tese de Doutoramento [consult. 5 abril 2017]. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14958/1/Tese\\_Doutoramento\\_Miguel\\_Padilha\\_vers%C3%A3o\\_total.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14958/1/Tese_Doutoramento_Miguel_Padilha_vers%C3%A3o_total.pdf)

PAIS-RIBEIRO, J., et al. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*. [Em linha]. Março, 2007, vol.12, pp. 225-237. [consult. 3 janeiro 2017]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/6441274\\_Validation\\_study\\_of\\_a\\_Portuguese\\_version\\_of\\_the\\_Hospital\\_Anxiety\\_and\\_Depression\\_Scale](https://www.researchgate.net/publication/6441274_Validation_study_of_a_Portuguese_version_of_the_Hospital_Anxiety_and_Depression_Scale)

PAIVA, A. *Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina*. Lisboa: Servir. 2007, pp. 11-20.

PANAGIOTI, M., et al. Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. [Em linha]. Novembro, 2014, nº 9, pp. 1289-1306 [consult. 3 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235478/>

PAPAVA, I., et al. The impact of coping on the somatic and mental status of patients with COPD: a cross-sectional study. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Em linha]. 2016, pp. 111343-111351. [consult. 13 abril 2017]. Disponível em: <https://www.dovepress.com/the-impact-of-coping-on-the-somatic-and-mental-status-of-patients-with-peer-reviewed-fulltext-article-COPD>

PATRICK, H., et al. The Role of Need Fulfillment in Relationship Functioning and Well-Being: A Self-Determination Theory Perspective. *Journal Of Personality & Social Psychology*. 2007, nº 92, pp. 434-457.

PEARSON, M., et al. Patient Self-Management Support Programs: An Evaluation. *Agency for Healthcare Research and Quality* [Em linha]. 2007. [consult. 21 abril 2017] Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ptmgmt.pdf>

PEDROSO, R. e SBARDELLOTO, G. Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: Revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. [Em linha]. 2008, nº 7, pp. 32-35. [consult. 24 março 2017]. Disponível em: [https://drive.google.com/drive/folders/0B\\_4hx80bxOzhWXlwbVp1ekVURUU](https://drive.google.com/drive/folders/0B_4hx80bxOzhWXlwbVp1ekVURUU)

PEREIRA, F. *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem* [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007. Tese de Doutoramento [consult. 5 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf>

PEREIRA, M. e SILVA, N. Escala de Adesão aos Medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 1999, vol. 6, pp. 347-351.

PIETRUKOWICZ, M. *Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. [Em linha]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Rio de Janeiro, 2001. Tese de Pós-Graduação. [consult. 24 março 2017]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4610/2/213.pdf>

PINA, S. *Suporte Social e Adesão Terapêutica no Doente com Síndrome Coronária Aguda*. [Em linha]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2011. Tese de Mestrado. [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1578/1/PINA%20Silvia%20Mabel%20Mendes%20MESTRADO.pdf>

PITTA, F., et al. Characteristics of physical activities in daily life in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [Em linha]. 2005, vol. 171, nº 9, pp. 972-977. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.200407-855OC>

PLAZA, V. e SANCHIS, J. Medical personnel and patient skill in the use of metered dose inhalers: a multicentric study. *Respiration*. [Em linha]. 1998, vol. 65, nº 3, pp. 195-198. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9670301>

POLIT, D., BECK, C. e HUNGLER, B. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTHIRAT, C., et al. Evaluating inhaler use technique in COPD patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. [Em linha]. 2015, vol.10, pp. 1291-1298. [consult. 4 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4501446/>

POWELL, L., STAPLEY, J. e GILCHRIST, M. Psychosocial well-being of parents of children with ataxia who attended the Training and Support Programme: a 12-month follow-up. *Complementary Therapies In Clinical Practice* [Em linha]. 2008, vol. 14, nº 3, pp. 152-

157. [consult. 12 maio 2017]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388108000212?via%3Dihub>

PRICE, D., et al. Impact of night-time symptoms in COPD: a real-world study in five european countries. *The International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Em linha]. 2013, n° 8, pp. 595-603. [consult. 10 outubro 2017]. Disponível em: <https://www.dovepress.com/impact-of-night-time-symptoms-in-copd-a-real-world-study-in-five-europ-peer-reviewed-article-COPD>

PUCTHA, N., et al. Comorbidities and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Influence on Outcomes, and Management. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* [Em linha]. 2015, vol. 36, n° 4, pp. 575-591. [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5004772/>

QIAN, J., et al. Association between depression and maintenance medication adherence among Medicare beneficiaries with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal Of Geriatric Psychiatry* [Em linha]. 2014, vol. 29, n° 1, pp. 49-57. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3797159/>

QURESHI, H., SHARAFKHANEH, A. e HANANIA, N. Chronic Obstrutive Pulmonary Disease exacerbations: latest evidence and clinical implications. *Therapeutic Advances in Chronic Disease* [Em linha]. Setembro 2014, vol. 5, n° 5, pp. 212-227. [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4131503/>

RAMOS, C. *Abordagem Terapêutica na doença pulmonar obstrutiva crónica - novos fármacos*. [Em linha]. Algarve: Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade do Algarve, 2016. Tese de Mestrado [consult. 16 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8029/1/Trabalho%20DPOC-%20Final.pdf>

RAMOS, M. Apoio social e saúde entre idoso. *Sociologias* [Em linha]. 2002, vol. 7, n° 4, pp. 156-175. [consult. 21 abril 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>

RAND, C. Patient adherence with COPD therapy. *European Respiratory Review* [Em linha]. 2005, vol. 14, pp. 97-101. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <http://err.ersjournals.com/content/14/96/97>

REGUFE, V. *Autogestão no doente diabético: Papel do enfermeiro na promoção da autonomia*. [Em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade do Porto, 2017. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18944/1/Tese.pdf>

RESENDE, M., et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina* [Em linha]. 2006. [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100015)

RESTREPO, R., et al. Medication Adherence issues in patients treated for COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Em linha]. 2008, vol. 3, n° 3, pp. 371-384. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629978/>

RIBEIRO, J. *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: Associação de Psicólogos Portugueses, 1994, pp.33-55.

RIBEIRO, J. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

RIBEIRO, J. *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª ed. Porto: Livpsi, 2010.

- RILEY, J. e KRUGER, P. Optimising inhaler technique in chronic obstructive pulmonary disease: a complex issue. *British Journal of Nursing* [Em linha]. 2017, vol. 26, nº 7. [consult. 4 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjon.2017.26.7.391>
- ROCHA, V. *A Teoria da Auto-Determinação e a Dependência Tabágica em Adultos após Síndrome Coronária Aguda: Um Estudo Longitudinal*. [Em linha]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, Universidade do Porto, 2017. Tese de Doutoramento [consult. 3 junho 2017]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/105304/2/200081.pdf>
- ROOTMENSEN, G., et al. Predictors of incorrect inhalation technique in patients with asthma or COPD: a study using a validated videotaped scoring method. *Journal Of Aerosol Medicine & Pulmonary Drug Delivery* [Em linha]. 2010, vol. 23, nº 5, pp. 323-328. [consult. 14 outubro 2017]. Disponível em: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jamp.2009.0785>
- ROTHMAN, A. Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology* [Em linha]. 2000, vol. 19, nº 1, pp. 64-69. [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <http://psyc336.stasson.org/rothman.pdf>
- RYAN, R., et al. Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist* [Em linha]. 2008, nº 10, pp. 2-5. [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: [http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008\\_RyanPatrickDeciWilliams\\_EH P.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_RyanPatrickDeciWilliams_EH P.pdf)
- RYAN, R., et al. Facilitating health behaviour change and its self-determination theory. *The Europea Health Psychologist* [Em linha]. 2008, vol. 10, nº 1. [consult. 24 maio 2017]. Disponível em: <http://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/ehp.v10.i1.p2/32>
- RYAN, R. e DECI, E. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology* [Em linha]. 2000, nº 25, pp. 54-67. [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: <https://mmrg.pbworks.com/f/Ryan,+Deci+00.pdf>
- RYAN, R. e DECY, E. Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In: *Handbook of self-determination research* [Em linha]. Rochester: University of Rochester Press, 2002, pp- 3-33. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <http://www.elaborer.org/cours/A16/lectures/Ryan2004.pdf>
- RYAN, P. e SAWIN, K. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook* [Em linha]. 2009, vol. 57, nº4, p. 217-225. [consult. 21 outubro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908991/>
- SADOWSKI, C., et al. Administration Technique and Acceptance of Inhaler Devices in Patients With Asthma or COPD. *Annals of Pharmacotherapy* [Em linha]. 2014, vol.26. [consult. 4 novembro 2017]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1060028015579097>
- SANTOS, S., et al. Treatment of patients with COPD and recurrent exacerbations: the role of infection and inflammation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. [Em linha]. 2016, vol.11. [consult. 4 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795571/>
- SCHANE, R., et al. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of General Internal Medicine*. [Em linha]. Novembro 2008, vol. 23, nº 11, pp- 1757-1762. [consult. 3 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585678/>
- SCHULMAN-GREEN, D., et al. Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*. [Em linha]. 2012, vol. 44, nº 2, pp. 136-144. [consult. 10

fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3366425/>

SCHUMACHER, K. e MELEIS, A. Transitions: a central concept in nursing. In: MELEIS, A. - *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. pp. 38-51.

SEAMARK, D., et al. Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Perceptions of patients and their carers. An interpretative phenomenological analysis. *Paliative Medicine* [Em linha]. 2004, vol. 18, nº 7, pp. 619-625. [consult. 10 maio 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15540670>

SEQUEIRA, C. *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*. Lisboa: Lidel, 2016.

SILVA, A. *Depressão e Ansiedade em Pessoas com VIH+ em Meio Prisional: Relação com a Qualidade de Vida*. [Em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade do Porto, 2013. Tese de Mestrado [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9416/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

SILVA, M. *Gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com diabetes e doenças cardiovasculares*. Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde. Projetos, 2012 |Em linha|. 2012. |Consult. 23 março 2017|. Disponível em: [http://www.essaude.ipsantarem.pt/umis/umis\\_page/Gest%C3%A3o%20dos%20regimes%20terap%C3%AAuticos%20em%20pessoas%20com%20diabetes%20e%20doen%C3%A7as%20cardiovasculares.htm](http://www.essaude.ipsantarem.pt/umis/umis_page/Gest%C3%A3o%20dos%20regimes%20terap%C3%AAuticos%20em%20pessoas%20com%20diabetes%20e%20doen%C3%A7as%20cardiovasculares.htm)

SIMÃO, A. *Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: Um Estudo Exploratório* [Em linha]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado [consult. 1 abril 2017]. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2169/1/22353\\_ulfp034915\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2169/1/22353_ulfp034915_tm.pdf)

SIQUEIRA, M. Construção e validação da escala de percepção do suporte social. *Psicologia em Estudo* [Em linha]. 2008, vol. 13, nº 2, pp. 381-388. [consult. 21 abril 2017] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a21v13n2>

SIN, D., et al. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. *JAMA* [Em linha]. 2003, vol. 290, nº 17, pp. 2301-2312. [consult. 21 abril 2017] Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/197583>

SIRIAM, K. e PERCIVAL, M. Suboptimal inhaler medication adherence and incorrect technique are common among chronic obstructive pulmonary disease patients. *Chronic Respiratory Disease*. [Em linha]. 2016, vol.13, nº 1, pp. 13-22. [consult. 4 novembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5720197/>

SOUSA, C. e PEREIRA, M. Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: Estudo de validação da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia, Saúde & Doenças* [Em linha]. Lisboa 2008, vol.9, nº 2. [consult. 5 abril 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862008000200008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200008)

SOUSA, M. *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados á Adesão Terapêutica nos Diabéticos tipo 2* |Em linha|. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2003. Tese de Mestrado [consult. 18 fevereiro 2017]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/668/1/tesefinalMS.pdf>

STAMP, K., et al. Family partner intervention influences self-care confidence and treatment selfregulation in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing Disease* [Em linha]. 2016, vol. 15, nº 5, pp. 317-327. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: [http://selfdeterminationtheory.org/wp-content/uploads/2015/02/2016\\_Stamp\\_etal\\_Eur\\_J\\_Cardiac\\_Nursing.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/wp-content/uploads/2015/02/2016_Stamp_etal_Eur_J_Cardiac_Nursing.pdf)



STEIER, J., et al. Optical feedback training of inhalation with Autohaler and Turbuhaler in COPD patients. *Lung*. [Em linha]. 2003, vol. 181, nº 4, pp. 183-192. [consult. 1 maio 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14692558>

STREET, C. e POWEL, C. Empowering patients: the role of the Expert Patient Programme in promoting health amongst those with long term conditions. In: *Managing long term conditions: A social model for community practice*. UK: John Wiley & Sons, 2008, pp. 39-65.

SOLANO, J., GOMES, B e HIGGINSON, I. A comparasion of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonar disease and renal disease. *Journal of Pain Symptom Management* [Em linha]. 2006, nº 31, pp. 58-69. [consult. 3 abril 2017]. Disponível em: [http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(05\)00561-0/fulltext](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(05)00561-0/fulltext)

TA, M. e GEORGE, J. Management of COPD in Australia after the publication of national guidelines [Em linha]. *Internal Medicine Jornal*, 2011, nº 41, pp. 263-270. [consult. 4 setembro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20002857>

TEIXEIRA, J. e CORREIA, A. Fragilidade social e psicologia da saúde. Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*. [Em linha]. 2002, vol.3, nº20, pp.359-365. [consult. 24 março 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a09.pdf>

THOITS, P. Conceptual, methodological and theoretical problems in studyng social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1982, nº 23, pp- 145-159.

TOY, E., et al. Treatment of COPD: relationships between daily dosing frequency, adherence, resource use, and costs. *Respiratory Medicine*. [Em linha]. 2011, nº 105, pp. 435-441 [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(10\)00392-6/fulltext](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(10)00392-6/fulltext)

TRIVEDI, R., et al. The Influence of Informal Caregivers on Adherence in COPD Patients. *Annals Of Behavioral Medicine* [Em linha]. 2012, vol. 44, nº 1, pp. 66-72. [consult. 1 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22422104>

TSELEBIS, A., et al. Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatric Diseases and Treatment*. [Em linha]. 2016, vol. 9, nº 12, pp. 297-328 [consult. 3 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755471/>

TZE-PIN, N., et al. Depressive Symptoms and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Archives of Internal Medicine* [Em linha]. 2007, vol. 167, nº 1, pp. 60-67. [consult. 10 julho 2017]. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/411434>

vAN MANEN, J., et al. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* [Em linha]. 2002, volº 57, nº5, pp. 412-416 [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1746339/pdf/v057p00412.pdf>

VESTBO, J., et al. Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. *Thorax* [Em linha]. 2009, nº 64, pp. 939-943 [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <http://thorax.bmj.com/content/64/11/939>

VESTBO, J. e LANGE, P. Prevention of COPD exacerbations: medications and other controversies. *European Respiratory Journal* [Em linha]. 2015, vol. 1, nº 1 [consult. 4 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5005132/>

VIANA, M. *Empowerment, qualidade de serviço e satisfação na consulta de diabetes*. [Em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Tese de Mestrado. [consult. 10 fevereiro 2017]. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/5134/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

VIRCHOW, J., et al. Importance of inhaler devices in the management of airway disease. *Respiratory Medicine* [Em linha]. 2008, n° 102, pp. 10-19. [consult. 1 dezembro 2017]. Disponível em: [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(07\)00331-9/fulltext](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(07)00331-9/fulltext)

WEDZICHA, J., et al. Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *European Respiratory Journal* [Em linha]. ERS Publications. 2017, vol. 49. [consult. 10 outubro 2017]. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/erj/49/3/1600791.full.pdf>

WILDE, M. e GARVIN, S. A concept analysis of self-monitoring. *Journal Advanced Nursing*. [Em linha]. 2007, vol. 58, n°6, pp. 616. [consult. 14 outubro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17233653>

WILKINSON, A. e WHITEHEAD, L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* [Em linha]. 2009, vol. 46, n° 8, pp. 1143-1147. [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(08\)00358-1/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(08)00358-1/fulltext)

WILKINSON, G., MOORE, B. e MOORE, P. Tratamento da Depressão Guia Prático de Medicina. Lisboa: CLIMEPSI, 2005.

WILLIAMNS, G., FREEDMAN, Z. e DECI, E. Supporting autonomy to motivate glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care* [Em linha]. 1998, n° 21, pp. 1644-1651 [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: [http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/1998\\_WilliamsFreedmanDeci.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/1998_WilliamsFreedmanDeci.pdf)

WILLIAMS, G., et al. Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management. *Health Psychology* [Em linha]. 2004, n° 23, pp. 58-66 [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: doi:10.1037/0278-6133.23.1.58

WILLIAMS, G., et al. The importance of supporting autonomy and perceived competence in facilitating long-term tobacco abstinence. *Annals of Behavioral Medicine* [Em linha]. 2009, vol. 37, n° 3, pp. 315 [consult. 14 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819097/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action. Global report [Em linha]. Geneva: 2002. [consult. 21 janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies. Evidence for action [Em linha]. Geneva: 2003. [consult. 21 janeiro 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Background paper Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)* [Em linha]. WHO, 2004. [consult. 10 janeiro 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/medicines/areas/priority\\_medicines/BP6\\_13COPD.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_13COPD.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020 [Em linha]. Geneva: WHO, 2013. [consult. 9 fevereiro 2017] Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. [Em linha]. Geneva: WHO, 2014. [consult. 9 fevereiro 2017] Disponível em: <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Global%20status%20report%20on%20NCDs%202014-51b.pdf>

WRIGHT, K. Self-management and current health policies. In: MEERABEAU, L. e WRIGHT, K. - *Long-term conditions: Nursing care and management*. Oxford: Blackwell Publishing, 2011, pp. 119-134.

- XU, W. et al. Independent Effect of Depression and Anxiety on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations and Hospitalizations. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. [Em linha]. 2008, vol. 178, n° 9, pp.913-920. [consult. 13 abril 2017]. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.200804-619OC>
- YAM, B. From vocation to profession: the quest for professionalization of nursing. *British Journal of Nursing*. [Em linha]. 2004, vol. 3, n.º16, pp. 978 - 982. [consult. 21 abril 2017]. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjon.2004.13.16.15974>
- YOHANNES, A., et al. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [Em linha]. Dezembro, 2010, vol. 25, n° 12, pp. 1209-1221. [consult. 14 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20033905>
- YOHANNES, A. e ALEXOPOULOS, G. Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*. [Em linha]. 2014, vol. 23, n° 133, pp. 345-349. [consult. 10 abril 2017]. Disponível em: DOI: 10.1183/09059180.00007813 ou <http://err.ersjournals.com/content/23/133/345>
- ZHANG, M., et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *General Hospital Psychiatry* [Em linha]. 2011, n° 33, pp. 217-223. [consult. 1 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21601717>



## ANEXOS



## **ANEXO 1**

### **Questionário de recolha de dados**





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

## **Autogestão na pessoa com DPOC**

A investigadora,  
Enf<sup>a</sup> Sílvia Vieira

Porto 2017

## NOTA INTRODUTÓRIA

Este questionário insere-se num trabalho de investigação sobre o processo de autogestão no doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Tem como finalidade contribuir para melhorar a intervenção direcionada às necessidades dos doentes.

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário. A sua colaboração é importante para conhecermos a realidade sobre as implicações do tratamento para si. No entanto, a sua participação é voluntária. Pode desistir de participar em qualquer momento. Os dados são confidenciais e serão usados apenas nesta investigação.

Grato pela colaboração,

A investigadora

---

**NOTA:** Se pretender informações acerca dos resultados do estudo, estes estarão disponíveis a partir de Julho de 2017, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto (Email: [esep@esenf.pt](mailto:esep@esenf.pt)). Ou poderá contactar o investigador através do Email [ep6284@esenf.pt](mailto:ep6284@esenf.pt).

### **Dados Pessoais, Sociais e de Saúde**

Nesta primeira parte do questionário deverá simplesmente colocar **uma cruz (X)** **no quadrado** que estiver mais de acordo com a sua situação ou **responder em breves palavras**, nos locais solicitados.

1. **Sexo:** Feminino ☐ Masculino ☐

2. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

3. **Anos de escolaridade:** \_\_\_\_\_ anos.

4. **Qual a sua profissão** (que exerce ou exerceu)? \_\_\_\_\_

5. **Qual a sua situação no emprego?**

Empregado ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐  
Estudante ☐

**Se está empregado:** Ativo ☐ Com Baixa ☐

6. **Estado civil:**

Solteiro/a ☐ Divorciado/a ou Separado/a ☐ Viúvo/a ☐  
Casado/a ou Junto/a ☐

7. **Número de filhos:** \_\_\_\_\_ 8. **Quantas pessoas vivem consigo?** \_\_\_\_\_

9. **Local de Residência:**

Concelho (especificar) \_\_\_\_\_ Distrito (especificar) \_\_\_\_\_

10. **Qual a doença porque se encontra em tratamento neste serviço?**

\_\_\_\_\_

11. **Quantas vezes esteve internado no último ano? E qual a razão?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. **Algum aspeto que ache importante referir:**

\_\_\_\_\_

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas frequentemente têm. Gostaríamos que assinalasse com uma cruz (X) com que frequência foi incomodado por esses problemas nos últimos 6 meses.

	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Ter problema na gestão do dinheiro.					
2. Ter falta de um/a amigo/a.					
3. Ter poucas pessoas em que possa confiar.					
4. Ter uma vida sexual pouco satisfatória.					
5. Ter poucas pessoas de quem se sinta próxima.					
6. Ter falta de alguém que se preocupe com os seus problemas.					
7. Ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer.					
8. Ter problemas com as crianças.					
9. Exercer uma atividade profissional pouco satisfatória.					
10. Sentir-se demasiado controlado/a por outros.					
11. Ter falta de dinheiro suficiente para se governar.					
12. Sentir-se insatisfeito/a com o seu estado civil (casado, solteiro, etc.).					
13. Ter poucos amigos.					
14. Ter problemas com o cônjuge ou ex-cônjuge (companheiro/a).					
15. Ter falta de alguém que lhe demonstre amor e afeição.					
16. Sentir-se demasiado dependente dos outros.					
17. Sentir que as outras pessoas interferem com aquilo que quero fazer.					
18. Ter problemas com familiares do cônjuge, companheiro/a ou parentes.					
19. Ter falta de alguém que compreenda os seus problemas.					
20. Ter problemas com as pessoas que lhe são próximas.					

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma **cruz (X)** no quadrado que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta ponderada.

**Por favor faça apenas uma cruz em cada pergunta.**

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo de terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo, que até sinto um aperto no estômago):

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou atenção ao que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto quanto antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

As questões seguintes relacionam-se com a forma como se sente em relação ao tratamento da DPOC. Por favor, indique o quanto verdadeira é cada questão para si, assumindo que pretende seguir o tratamento de DPOC, com base na seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
Nada Verdadeira			Em parte verdadeira			Totalmente verdadeira

<b>Afirmações:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
1. Sinto confiança na minha força de vontade para cumprir o tratamento da DPOC.							
2. Presentemente, sinto-me capaz de ter os cuidados necessários para o tratamento da DPOC.							
3. Sinto que sou capaz de não falhar nos cuidados a ter por causa do tratamento da DPOC.							
4. Consigo fazer o que é necessário para seguir o tratamento da DPOC.							

Leia as frases que se seguem e diga em que grau concorda ou discorda, **colocando uma cruz (x)** no quadrado que melhor se adapta ao seu caso.

	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não tenho a certeza</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. Às vezes esqueço-me de tomar os meus remédios.					
2. Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades.					

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Quase sempre</b>
3. Algumas pessoas esquecem-se de tomar os remédios. Com que frequência isso lhe acontece a si?					
	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Quase sempre</b>
4. Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?					



Leia cada uma das afirmações e faça uma **cruz (X)** no quadrado que melhor descreve a sua realidade antes do internamento, quando estava em casa.

	Sim	Não
Faço exercício físico em casa.		
Faço exercícios respiratórios em casa.		
Tenho cuidados com a minha alimentação.		
Faço técnicas de relaxamento em casa.		
Eu tomo medicamentos diariamente para dormir durante a noite.		
Eu tomo medicamentos para a ansiedade.		
Eu tomo medicamentos para a depressão.		
Eu sei controlar a minha falta de ar.		
Faço a vacina da gripe (Influenza).		
Já fiz a vacina pneumocócica (Pneumo23).		
Eu fumo.		
Eu faço oxigénio em casa.		
Eu faço nebulizações em casa.		
Eu uso o BIPAP/CPAP em casa.		

Antes de ser internado, em que medida o período da noite constituía para si um problema?

E se **sim**, que estratégias usava para lidar com a situação?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

Relativamente aos inaladores diga-nos a sua situação preenchendo os quadrados com uma cruz (X) ou os espaços com números:

1. Utiliza inaladores?

- ☐ Sim  
☐ Não

Se respondeu **não**, agradecemos desde já a sua colaboração! O questionário fica completo, não necessita de continuar a responder!

Se respondeu **sim**, complete, por favor, a restante informação:

2. Quantos tipos de inaladores utiliza, por dia? \_\_\_\_\_ inaladores.

3. Consegue identificá-los?

---

---

4. Há quantos anos utiliza inaladores? \_\_\_\_\_ anos.

5. Acha que os inaladores são de fácil utilização?

- ☐ Sim  
☐ Não

6. Considera que usa a técnica correta para aplicar os inaladores?

- ☐ Sim  
☐ Não

7. Quem lhe ensinou a utilizar o(s) seu(s) inalador(es), na primeira vez?

- ☐ Médico  
☐ Enfermeiro  
☐ Farmacêutico  
☐ Amigo ou Familiar  
☐ Ninguém

8. Qual o seu grau de satisfação em relação ao ensino sobre o uso de inaladores?

- ☐ Muito Satisfeito  
☐ Satisfeito  
☐ Pouco Satisfeito  
☐ Nada satisfeito

9. Já alguém observou a forma como utiliza o(s) inalador(es)?

- ☐ Sim  
☐ Não

9.1 Se **sim**, quem é que observou a forma como utiliza o(s) inalador(es)?

- ☐ Médico  
☐ Enfermeiro  
☐ Farmacêutico  
☐ Amigo ou Familiar

10. Já recebeu correções sobre a forma como utiliza o(s) inalador(es)?

- ☐ Sim  
☐ Não

11. Gostaria de ter tido mais apoio relativamente ao uso de inaladores?

- ☐ Sim  
☐ Não

11.1 Se **sim**, qual o tipo de apoio?

- ☐ Receber informação oral  
☐ Receber informação escrita  
☐ Treinar a técnica do uso do(s) inalador(es) com supervisão de um profissional  
☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Pode descrever-me a forma como utiliza os inaladores?

---

---

---

---

---

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**

**Informação a preencher pelo investigador**

**Código do Doente:** \_\_\_\_\_  
**Data da recolha de dados:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **ANEXO 2**

**Autorização do Conselho Técnico-científico da Escola Superior de  
Enfermagem do Porto para a realização do estudo**



Informação sobre o Despacho do **CTC** relativo ao Pedido de Admissão à Dissertação de Sílvia Daniela Ribeiro Vieira



Secretariado CTC <secretariado.ctc@esenf.pt>

qui 15-12-2016, 14:46

Você; ep6284@esenf.pt; cbastos@esenf.pt; ligia@esenf.pt



Responder | ▾

Reencaminhou esta mensagem a 20-12-2016 18:36

Exmas. Senhoras,

Relativamente ao assunto em epígrafe, damos conhecimento a V. Exas. do teor do despacho exarado sobre o mesmo, em reunião do Conselho Técnico-Científico de 12/12/2016:

*"Apreciada a proposta de tema e o teor do plano de trabalho, tendo em conta a observação dos requisitos regulamentares e o parecer da Coordenadora do respetivo Curso de Mestrado, o CTC decidiu aceitar o pedido da admissão à dissertação. Fica registado o tema."*

Com os meus melhores cumprimentos.

Otilia Barbosa

Secretariado do Conselho Técnico-Científico

E-mail: [secretariado.ctc@esenf.pt](mailto:secretariado.ctc@esenf.pt)





### **ANEXO 3**

**Autorização do Conselho de Administração e Comissão Ética de Saúde  
de uma instituição hospitalar do distrito do Porto para a realização do  
estudo**



Exma. Senhora  
Enf. Sílvia Daniela Ribeiro Vieira  
72794@chts.min-saude.pt

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	10-01-2017	Nº: IM PROC. Nº:	09-02-2017

**ASSUNTO:** Pedido de Pesquisa Clínica/Investigação

Acusamos a recepção do seu pedido para realização de Investigação clínica: "O Processo de autogestão da pessoa com DPOC".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde, não tem objecção ética à sua realização no Centro Hospitalar.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos.

O Vogal do Conselho de Administração,

(António Marcão, Dr.)

PT



#### **ANEXO 4**

**Consentimento livre e esclarecido para a participação no estudo**



## **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

Para participar no estudo é importante que compreenda o objetivo do estudo e o procedimento que lhe está inerente. Assim sendo, é importante que leia todo o documento para que se sinta completamente inteirado, esclarecido e à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

**Título do estudo:** “Autogestão na pessoa com DPOC”.

**Investigadora Principal:** Sílvia Daniela Ribeiro Vieira - contacto: ep6284@esenf.pt.

### **Descrição da finalidade e objetivos do estudo:**

Este estudo integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto, tem como objetivo conhecer o processo de autogestão do doente com DPOC, com a finalidade de melhorar a intervenção dos enfermeiros direcionada às necessidades dos doentes com DPOC.

**Participação:** A sua participação no estudo é voluntária, podendo a qualquer momento deixar de participar no mesmo. A sua decisão será sempre respeitada e seguida, recebendo sempre todos os cuidados de enfermagem de acordo com a sua situação.

**Procedimento:** Se aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á pedido o preenchimento de um questionário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas importantes para o estudo.

Prevê-se que o trabalho esteja concluído em Julho de 2017, podendo a partir dessa altura solicitar a consulta dos resultados, junto do investigador responsável.

**Riscos e Benefícios da Participação no Estudo:** A participação neste estudo não tem qualquer risco para os participantes. Os benefícios poderão passar pela melhoria da identificação das necessidades em cuidados de Enfermagem da pessoa com DPOC.

**Confidencialidade:** Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo e em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos participantes.

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do estudo: “Autogestão na pessoa com DPOC”.

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Foi-me prestada informação e explicação no que refere aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido a confidencialidade relativamente à informação prestada, bem como a hipótese de não querer participar sem qualquer prejuízo pessoal de cariz ético ou moral ou, em qualquer altura poder abandonar o estudo.

Por isso, aceito participar no estudo, respondendo às questões que me forem colocadas.

Penafiel, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_ de 2017

Assinatura: \_\_\_\_\_